

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE **406** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

J.-A. HUET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PRURIT ANAL

F. GARNOT
Président de Thèse : M. le Professeur LÉON BERNARDIN

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1925

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Année 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

J.-A. HUET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 juillet 1900 à Nouméa (Nouvelle-Calédonie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PRURIT ANAL

Président de Thèse : M. le Professeur CARNOT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1925



LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N...
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	JOYEUX.....	Parasitologie
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LE LORIER.....	Obstétrique.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
BINET.....	Physiologie.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
BRANCA.....	Histologie.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .	METZGER.....	Obstétrique.
CHAMPY.....	Histologie.	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CLERC.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
DEBRÉ.....	Hygiène.	MULON.....	Histologie.
L. de JONG.....	Anatomie pathologique.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
DUVOIR.....	Médecine légale.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.	RICHET Fils.....	Physiologie.
FISSINGER.....	Pathologie médicale	N... ..	Physique médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VERNE.....	Histologie.
HEITZ-BOYER...	Urologie.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE....	Anatomie.	WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.	ROUSSY.....	Anatomie pathologique
GUENOT.....	Obstétrique.	TIFFENEAU.....	Pharmacologie.
REITTERER.....	Histologie.	ZIMMERN.....	Physique

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in- fantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.

MM.

LÆPER.....	Clinique médicale.
OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgi- cale infantile.
PROUST.....	Clinique chirurgica-
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgica-

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique de l'adulte pour les accidentés du travail, les mu- tillés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Témoignage de mon immense affection, de ma grande reconnaissance et de ma vive admiration pour le magnifique exemple de courage, de ténacité et d'énergie qu'est sa vie.

A MA MERE

En souvenir de la douce enfance qu'elle me fit et de toutes les tendresses dont elle n'a cessé de me combler.

A MES CHERES SCEURS

A TOUS LES MIENS

A MES BONS AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TREMOLIERES.

Médecin de l'Hôpital Ambroise Paré.

Témoignage de gratitude en souvenir
de ses excellents conseils et de sa bien-
veillante sollicitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laënnec.

Au bon Maître qui n'a cessé de me
prodiguer ses plus affectueux encoura-
gements, auquel je dois mon orientation
professionnelle et dont l'enseignement
fait de science et de bonté restera tou-
jours gravé dans ma mémoire, très
humble hommage de ma reconnaissance
émue.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRIEDEL

Assistant de la Consultation de Gastro-Entérologie
de l'Hôpital Beaujon.

Avec mes très respectueux remercie-
ments pour m'avoir inspiré cette thèse
et m'avoir éclairé avec tant de bienveil-
lance de ses excellents conseils et de sa
grande expérience.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

1919-1920. — M. le Professeur H. HARTMANN.

1920-1921. — M. le Professeur P. CARNOT ;

M. le Docteur SOULIGOUX.

1921-1922. — M. le Docteur PROUST ;

M. le Docteur RICHE ;

M. le Docteur FAROY ;

1922-1923. — M. le Docteur F. TRÉMOLIÈRES ;

1923-1924. — M. le Docteur LOUIS RAMOND.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Officier de la Légion d'Honneur ;
Médecin de l'Hôpital Beaujon,

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.

PREFACE

Si certains prurits tels que le prurit diabétique ou le prurit tabétique ont été bien décrits, il en est d'autres par contre dont l'histoire reste singulièrement obscure. Parmi ceux-ci, les prurits localisés, le prurit anal en particulier, ont été rarement décrits en France, alors qu'à l'étranger d'innombrables publications leur étaient consacrées. Cela tient à deux raisons : d'une part, à leur fréquence (on voit beaucoup de pruritiques anaux chez les races anglo-saxonnes, alors qu'on en voit peu chez nous); d'autre part, à ce que chez nous ces malades sont disséminés parmi tous les praticiens, alors qu'à l'étranger ils sont adressés à un proctologiste spécialisé. Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour les spécialistes d'avoir les résultats des travaux étrangers sur le sujet, et pour les praticiens les conclusions thérapeutiques à en tirer. Nous avons rendu visite aux hôpitaux étrangers spécialisés dans le traitement des affections du rectum et de l'anus, et cette thèse n'est que l'humble reflet des idées et des moyens thérapeutiques employés par des Maîtres éminents.

Étiologie, Pathogénie, Symptomatologie et Thérapeutique du Prurit Anal

Le prurit, comme le définit fort bien Brocq, est une sensation douloureuse cutanée tout à fait spéciale qui provoque le besoin impérieux de se gratter, et qui a très probablement son siège dans les couches superficielles de la peau, peut-être dans le corps muqueux, tout au moins dans les régions papillaires. Cette sensation échappe à toute description au même titre qu'une odeur ou qu'une couleur. Tout le monde la connaît ; ce n'est ni du chatouillement, ni du picotement, ni du fourmillement : c'est la démangeaison ou prurit.

Le prurit peut être généralisé ou localisé. Sa localisation dans la région anale en fait une des plus pénibles affections qui soient. On le trouve dans toutes les classes de la société, à tous les âges, plus fréquemment chez l'homme et particulièrement parmi les races anglo-saxonnes. Les malades qui en sont atteints deviennent de véritables loques humaines, prêtes à tout accepter pour être soulagées.

ANATOMIE

L'anus (anus, annus, annulus), orifice inférieur du tube digestif, est une zone de transition constituée en partie aux dépens du rectum périnéal, en partie aux dépens de la peau; elle forme un canal de deux à trois centimètres de long.

STRUCTURE

Le tégument comprend : 1° La peau pigmentée avec six à dix plis radiés qui s'effacent dans la distension ;

2° La zone cutanée lisse de Cadiat et Robin, d'aspect cicatriciel, large de 5 à 10 mm. ;

La charpente musculaire comprend deux muscles :

Le sphincter interne, lisse, épaissement de la couche circulaire du rectum ;

Le sphincter externe, strié, volontaire, allant du coccyx au périnée.

HISTOLOGIE NORMALE

La muqueuse anale représente la transition entre

la muqueuse rectale du type endodermique et la peau de nature ectodermique. Elle a un chorion riche en fibres élastiques avec des éléments musculaires lisses. Sa surface est hérissée de papilles et sa profondeur creusée de formations tubulaires : glandes erratiques du rectum. Un épithélium stratifié, cylindrique entre les colonnes, pavimenteux sur les colonnes.

La transition entre la muqueuse et la peau se fait insensiblement et les éléments kératinisés s'accroissent. A noter l'abondance de glandes sudoripares circumanales ayant les caractères histologiques des glandes axillaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) MACROSCOPIQUE

1° *La plaque typique de prurit anal.*

Elle forme un halo autour de l'orifice anal : halo dépassant à peu près régulièrement la ligne anocutanée de 3 à 5 cm. Il y a une pigmentation anormale allant du bistre foncé au rose jambonné. La peau est généralement moite, avec des papilles saillantes. On trouvera une description beaucoup plus détaillée des lésions locales au chapitre des signes physiques

2° *Lésions en amont.*

En dehors des lésions étiologiques du rectum elles sont rares. Le prurit et les lésions anatomiques qui l'accompagnent ne semblent pas remonter au-dessus de la ligne cutanéomuqueuse. D.-H. Murray affirme qu'elles ne la franchissent jamais.

3° *Lésions en aval.*

Suivant l'âge de la lésion, elles varient de la simple pigmentation avec moiteur ou parfois sèche-

resse écailleuse, à l'infiltration profonde des tissus. La peau semble racornie, comme plissée après une longue immersion, elle est délavée. A un stade très avancé les rhagades, et les crevasses sont profondes, définitives. On comprend les échecs de la thérapeutique dans de tels cas où la lésion sensitive des terminaisons nerveuses est mécanique, due essentiellement à leur compression. Les modifications cutanées peuvent, dans certains cas, aller fort loin, remonter jusqu'aux lombes en arrière, gagner les hypocondres en avant, et en bas atteindre les genoux,

B) MICROSCOPIQUE

1° *L'épiderme*. — On y trouve de l'hyperkératose, de la parakératose et de l'hyperacanthose (Brocq). Les cellules du corps muqueux sont le siège d'une intense prolifération. Il n'y a ni diapédèse ni spongieuse, ni vésiculation, car ce sont des altérations histologiques qui n'apparaissent qu'au cours des complications de cette dermatose. On trouve en certains points des solutions de continuité et à leur niveau des amas microbiens.

2° *Le derme* présente des lésions d'ordre purement irritatif surtout accentuées autour des vaisseaux horizontaux du chorion, Dalous et Gray ont décrit des cylindre-axes gonflés, flous, presque transparents, et ayant perdu leur aspect fibrillaire. Quelques microbes excessivement délicats à identifier (Mon-

tague) : staphylocoques ou colibacilles surtout, se groupent en amas aux environs des points d'effraction de l'épiderme. Les recherches anatomo-pathologiques sont particulièrement délicates en raison de la difficulté de coloration des coupes. Ainsi Montague n'a trouvé des microbes que dans 74 cas sur 1.700 coupes examinées. Nous décrivons les méthodes de recherche au chapitre de la Pathogénie.

ETIOLOGIE

Les causes du prurit anal sont multiples. Elles sont délicates à dépister et à étiqueter, mais quand on trouve celle qui est à l'origine, et qui existe presque toujours, on a de nombreuses chances d'obtenir une cure rapide et radicale.

Il y a des causes générales ou locales, mais il y a souvent des prurits dont on ne trouve pas la cause : ce sont ceux-là que nous décrirons, sous le nom de prurits essentiels.

CAUSES GENERALES

Elles ont beaucoup plus d'importance que les auteurs américains ne veulent leur en attribuer. Certaines diathèses jouent un rôle primordial dans l'étiologie du prurit anal. Il faut systématiquement rechercher les symptômes de diabète chez tous les malades et les mettre au régime approprié qui suffira souvent à faire disparaître toutes les manifestations pénibles. La goutte, le rhumatisme sont fréquemment rencontrés. F. Widal et Weill ont longuement

décrit le prurit anal d'origine urémique. Le tabes ou des antécédents de syphilis peuvent être identifiés, et Milian a décrit à plusieurs reprises le prurit tabétique. La congestion portale, surtout au cours des vieilles hépatites, a été également mise en cause. Enfin certaines erreurs de régime ont leur part de responsabilité, et il est certain que l'on rencontre fréquemment, parmi les malades, des nerveux que la vie trépidante des villes rend instables, des intoxiqués par l'alcool, par l'abus de certains toniques, des intoxiqués alimentaires par des poissons ou des crustacés, par certains fruits — telle la fraise, — par le café, les épices, la venaison. Clemons a décrit des cas de prurit anal dans l'étiologie desquels il ne trouvait comme infection causale qu'une pyorrhée alvéolo-dentaire. Celle-ci traitée, le prurit disparut. Enfin il y a toute une catégorie de psychopathes, de tiqueurs chez lesquels au tic du début s'est ajouté une véritable lésion organique.

Signalons également le prurit anal des hypertendus qui s'apparente aux nombreuses inflammations cutané-muqueuses à type herpétique que l'on observe si fréquemment chez ces malades. Rougeurs des yeux, rougeur péri-buccale, pseudo-herpès prurigène des parties génitales. Nous en avons observé un cas à la Consultation du Professeur P. Carnot. Nous donnons plus loin son observation.

CAUSES LOCALES

Les causes locales sont assez aisées à trouver, tout au moins lorsqu'elles sont bien individualisées. Tantôt elles sont d'origine directe intestinale, tantôt d'origine extra-intestinale. C'est ainsi que l'on peut observer le prurit anal chez des prostatiques, chez des femmes atteintes d'affections génitales, vaginites, métrites et périmétrites, salpingites, et surtout pendant les derniers mois de la gestation, alors que le périnée est déjà congestionné et œdématié. Ces causes, sans être l'exception, ne sont pas la règle ; aussi, souvent, trouve-t-on une cause directe intestinale. Tantôt c'est une constipation opiniâtre chez un malade allant rarement à la selle et conservant ses matières dans son ampoule, soit à la suite d'un méga rectum, d'une simple atonie du rectum ou même par négligence. Le malade fait un peu de rectite et infecte sa région péri-anale. Tantôt on trouve une parasitose interne avec des lombrics, des oxyures, externe avec des pédiculés, des tricophytons. Parfois une fissure anale, une fistule ouverte ou borgne, des rhagades. Les hémorroïdes sont aussi un facteur étiologique important ; tout le monde les recherche et, souvent sans les trouver, les charge de ce nouveau méfait. J.-J. Matignon, de Châtel-Guyon, a même décrit un prurit anal dû à des hémorroïdes latentes, ne manifestant leurs crises congestives que par un prurit intolérable.

L'inflammation de l'intestin terminal joue un

grand rôle dans la création du prurit. Nous avons en effet observé le prurit au cours de colites, de recto-sigmoïdites ulcéreuses — superficielles ou profondes — banales et traumatiques, ou spécifiques : amibiennes, tuberculeuses, fréquemment encore syphilitiques ou gonococciques. Il peut survenir encore à l'occasion de rétrécissements du rectum, inflammatoires ou non, avec stase fœcale et infection en amont, et avec des fistules en aval. Le cancer intestinal, par ses décharges septiques, ne manque pas d'ajouter souvent à son cortège douloureux ce nouveau facteur de tourments. Presque toutes les affections rectales ou recto-sigmoïdiennes s'accompagnent de décharges de mucus contenant des acides gras, des acides volatiles et d'autres substances fort irritantes pour la région.

Parmi les auteurs américains, M. Dwight Henderson Murray, de Syracuse, en particulier, apporte une statistique personnelle de 900 cas de malades du rectum, parmi lesquels il n'identifie que 94 pruritiqes vrais. Voici le détail des affections trouvées chez ces malades :

50 étaient des constipés,	soit pour 900 :	5,5 %
21 avaient des hémorroïdes,	— —	2,3 %
20 avaient des ulcères,	— —	2,2 %
23 avaient des cryptes infectées,	— —	2,5 %
12 avaient des papilles hypertrophiées,	— —	1,3 %
3 avaient des polypes,	— —	0,03 %

15 avaient seulement la peau pigmentée,	—	—	1,7 %
68 avaient la peau suintante, des fissures, etc.,	—	—	7,5 %

Pour cet auteur, le prurit anal est dû à une infection locale causée par un microbe spécifique : le streptococcus Fœcalis.

Le Docteur Chittenden Hill, de Boston, arrive aux mêmes conclusions et se base sur une statistique de 3.000 observations personnelles, parmi lesquelles il ne relève qu'à 320 cas de prurit anal, c'est-à-dire environ 10 %.

Ces importants travaux tendent à prouver que nombre de prurits surviennent sans qu'on observe en même temps de grosses lésions du rectum. Cela est juste, mais ne permet aucune conclusion quant à l'étiologie locale du prurit, les causes les plus fréquentes étant en effet situées dans la zone de Morgagni et passant très souvent inaperçues.

Cependant tous les auteurs ne sont pas de cet avis : R.-D. Mason, d'Omaha, rapporte une statistique personnelle et résume l'opinion de M. Wallis, de Londres. Ils sont d'accord pour trouver une lésion locale dans 90 % des cas de prurit. Ils décrivent en particulier, comme cause principale, une ou plusieurs petites ulcérations siégeant entre les deux sphincters, plus souvent sur la moitié postérieure que sur la moitié antérieure. La muqueuse n'est plus lisse au toucher; à l'endoscopie, seul un

œil exercé peut reconnaître une exulcération ovulaire pâle et dépolie.

PRURITS ESSENTIELS

Il arrive d'observer des malades qui viennent consulter pour un prurit anal, irrégulier, apparaissant et disparaissant sans cause. Les examens les plus approfondis ne résolvent pas le problème, et l'on doit se borner à appliquer à cette affection l'étiquette de prurit essentiel en avouant par là notre ignorance à son sujet.

De ces faits contradictoires en apparence, que conclure ? C'est que le plus souvent néanmoins on trouve une cause locale. Murray prétend que l'affection rectale n'est qu'une coïncidence dans l'apparition de prurits. Relisons donc sa statistique ; tous ses cas ont des troubles ano-rectaux : hémorroïdes, polypes, cryptes infectées, papilles hypertrophiées, etc..., ne serait-il donc pas plus juste de dire que c'est l'apparition d'un prurit qui est la coïncidence au cours d'une affection rectale ? Tous les malades du rectum ne sont pas des pruritiques, mais tous les pruritiques sont des malades du rectum, cela certes n'est pas suffisant sans doute, et il faut encore des conditions particulières de moindre résistance locale au processus pathologique.

La plus ou moins bonne continence des sphincters joue enfin un rôle considérable. Les suintements

continuels sont une des affections le plus fréquemment rencontrées chez les pruritiques, et il est peut-être possible que le mucus intestinal qui suinte ait le pouvoir de digérer la peau péri-anale.

PATHOGENIE

Le problème de la pathogénie du prurit anal reste, après de nombreuses études, encore irrésolu. On a tout soupçonné mais l'on n'a rien prouvé. La lésion nerveuse existe, mais l'on n'a pas encore démontré exactement ses caractères anatomiques, on se borne à constater ses manifestations cliniques tout en ignorant toujours leurs causes exactes. Il y a un fait : c'est qu'il existe, ou qu'il a existé, une affection locale dont le prurit n'est qu'un symptôme secondaire.

Certains auteurs, dont Dwight Henderson Murray était le protagoniste, ont tenté de démontrer la constante existence d'un agent microbien spécifique : le streptococcus Fœcalis. La ténacité de cet auteur, la multiplicité des travaux qu'il a publiés pendant dix ans, ses statistiques heureuses dont nous donnons un aperçu plus loin, avaient convaincu plus d'un procologiste. Sans doute la théorie de cet auteur n'était-elle pas exempte d'erreurs, puisque à peine est-il mort que surgissent les travaux de Montague, de New-York, qui la détruisent et montrent que l'infec-

tion microbienne est rare, qu'elle n'est que secondaire, et que, loin de lui trouver un agent spécifique, on trouve presque toujours associés le colibacille et le staphylocoque. Montague trouve rarement le streptococcus Fœcalis. Nous décrivons plus loin sa technique qui nous semble fort bien réglée, et nous croyons comme lui qu'il n'y a pas un agent spécifique, mais une association microbienne dans laquelle le colibacille et le staphylocoque ont une part prédominante.

Nous décrivons ci-après les techniques de ces deux auteurs.

TECHNIQUE DE M. DWIGHT HENDERSON MURRAY, DE SYRACUSE

Laver soigneusement la région anale et péri-anale avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau stérile. Eponger avec du coton hydrophile stérile. Frotter la peau, et plus spécialement les points ulcérés et les bords des fissures, avec des tampons de coton stérile. Parfois, si cet examen ne donne pas de résultats, gratter légèrement avec une curette et tamponner. Ces tampons sont portés sur milieu d'Endo. On trouve, selon Murray, après douze heures, des cultures pures de streptocoques (généralement streptococcus fœcalis). La différenciation entre les streptocoques et les autres colonies doit être faite sur des milieux liquides. Les milieux sucrés donnent

les réactions habituelles du streptocoque. Sur des frottis on voit des streptocoques en chaînette de trois à six éléments.

Murray secondairement modifia sa technique de la façon suivante : Une fois le prélèvement fait, frotter les écouvillons souillés sur un bouillon de bœuf et agar coulé en boîte de Pétri. Le milieu doit avoir une alcalinité de 0,5 à la phénolphthaléine. Après douze heures, on reconnaît facilement les colonies de streptococcus *fœcalis* plus claires et plus petites que celles de bacillus coli et de staphylococcus albus. On repique les colonies de strept. *fœcalis* et l'on obtient ainsi aisément des cultures pures dont on se sert pour faire un auto-vaccin.

Murray affirme qu'il trouve toujours le streptocoque, parfois le colibacille et le staphylocoque blanc. Mais le plus fréquemment trouvé, celui dont les colonies sont les plus nombreuses est le streptococcus *fœcalis* ; c'est lui l'agent pathogène dont le vaccin doit soulager le malade.

De nombreux auteurs ont suivi sans les contrôler les affirmations de Murray. Ils ont traité leurs malades avec des auto-vaccins au strepto-*fœcalis* et parfois, mais inconstamment avec de bons résultats. D'autres auteurs, et surtout Montague, de New-York, dont nous exposons ci-après les méthodes, ont parfois trouvé le streptocoque, mais toujours et en plus grande abondance, le colibacille et le staphylocoque. Nous nous rangeons à l'opinion de Montague, le colibacille prédomine avec le staphylocoque. N'est-il

d'ailleurs pas curieux de relever dans les consciencieuses et parfaites statistiques de Murray que, sur 185 cas soigneusement étudiés bactériologiquement, 178 mentionnent la présence de colibacilles et 165 seulement celle de streptococcus fœcalis. Sans vouloir prendre parti on doit néanmoins reconnaître que le colibacille est trouvé au moins aussi fréquemment, sinon plus, que le streptocoque. Pourquoi alors vouloir donner à celui-ci le bénéfice de l'infection. Le colibacille est certes un microbe banal, mais le streptocoque et le staphylocoque ne le sont-ils pas tout autant ? Et, fait primordial pour nous, presque tous les prélèvements pratiqués sur la peau péri-anale montrent la présence de streptocoque, et parfois de colibacilles, alors que tous les prélèvements pratiqués au niveau de la muqueuse donnent des cultures presque pures de colibacilles avec de très rares streptocoques. S'il y a un microbe d'infection secondaire, ce que nous pensons, pourquoi ne seraient-ce pas plutôt le streptocoque ou le staphylocoque ? Certes Houston a bien décrit 400 différentes variétés de streptocoques dans le rectum, mais le grand microbe de l'intestin ne reste-il pas avant tout le colibacille ?

TECHNIQUE DE M. J. FRANKLIN MONTAGUE, DE NEW-YORK

Depuis 1918 Montague a essayé de corroborer les résultats de Murray. Au début il employa la méthode

de celui-ci et voici les résultats qu'il obtint : Sur 132 prélèvements faits, tant sur le canal anal que sur la ligne cutanéomuqueuse ou la peau péri-anale, il y eut 118 cultures qui montrèrent la présence du colibacille dans 90 % des cas, de diplocoques à Gram + dans 75 %, et celle plus accessoire de staphylocoques blancs, de *B. Lactis Aerogenes* ou de *B. Fecalis Alkaligenes*.

L'auteur décrit sous le nom de diplocoques à Gram + ce que l'on dénomme généralement streptocoques. Il reconnaît leur tendance à se grouper en chaînettes, mais les segments de ces chaînettes sont toujours constitués par des éléments groupés par deux. Se reportant aux travaux de Murray qui assure la spécificité de cet agent microbien dans la pathogénie du prurit, Montague essaya de reproduire expérimentalement un prurit anal. Des injections hypodermiques ne lui donnèrent aucun résultat, il incorpora des cultures pures de streptocoques dans de petits sacs de collodion qu'il plaça dans la cavité rectale de sujets normaux. Comme moyen de contrôle il plaça des sacs identiques, mais contenant une solution stérile de Ringer dans le rectum d'autres malades. Chaque sac fut laissé vingt-quatre heures *in situ* et remplacé après chaque défécation. Pendant le séjour de ces sacs dans leur rectum presque tous les malades se plaignirent d'irritation locale et de prurit, aussi bien ceux qui avaient des cultures de streptocoques que les témoins. Dès qu'on eut enlevé les sacs la sensibilité normale revint très rapide-

ment. Cependant chez trois malades qui s'étaient fortement grattés, le prurit subsista un certain temps et l'on trouva chez eux localement une infection colibacillaire et deux staphylococciques. Dans aucun cas on ne put trouver d'invasion streptococcique, bien que la viabilité des microbes contenus dans les sacs ait été contrôlée après l'expérience.

Montague pensa que les résultats bactériologiques qu'il avait obtenus étaient faussés par les moyens trop sommaires d'asepsie locale auxquels on soumettait les malades avant un prélèvement. Comment expliquer en effet qu'on ait 118 cultures sur 132 prélèvements si la région était vraiment bien nettoyée ? L'auteur modifia donc sa technique de la façon suivante : Après avoir bien nettoyé la région il préleva un fragment de tissu dans la région pruritique et le porta dans un tube de culture stérile. Douze heures d'étuve à 37° C. Rincage dans de l'eau stérile, puis passage de cinq minutes dans une solution aqueuse de phénol à 5 %. Le fragment fut remis dans un tube de culture stérile à l'étuve pendant vingt-quatre heures. L'auteur obtint ainsi, après le premier passage à l'étuve, une culture des organismes superficiels. Dans son second stage, l'auteur détruisit tous les microorganismes vivant en surface puis, troisième stage, il étudia les cultures des microorganismes subsistant à l'intérieur des tissus. Il obtint les résultats suivants portant sur onze cas :

Après le premier passage :

7 cultures sur les onze spécimens ;

6 montraient la présence de *b. coli* ;

4 des diplocoques à Gram +.

Après la stérilisation superficielle et le deuxième passage :

3 cultures sur les onze spécimens.

Les trois montraient la seule présence de *b. coli*.

En relevant ces observations l'auteur remarqua en outre qu'il ne trouvait d'infection colibacillaire que lorsque la peau avait été excoriée, il voulut donc démontrer la présence de colibacilles à l'intérieur des tissus, chose d'autant plus délicate que les cellules des tissus sauf le noyau sont Gram — ainsi que l'est le colibacille lui-même.

Voici ce que fit Montague (Nous croyons devoir décrire complètement la technique de Montague que nous n'avons fait que reproduire dans trois cas et qui nous a donné des résultats identiques aux siens).

La fixation précoce est très importante. Montague emploie de préférence la solution de Zenker avec 80 % d'alcool. Nous avons fixé avec une solution de formaldéhyde à 10 %.

Voici les différents temps de l'opération :

- 1° Fixer pendant 12 heures dans la solution de Zenker ;
- 2° Laver 24 heures dans eau courante ;
- 3° 24 heures dans alcool à 95° ;
- 4° 24 heures dans alcool absolu ;
- 5° 2 heures dans acétone ;
- 6° Xylol jusqu'à éclaircissement ;

- 7° Couler dans paraffine ;
- 8° Faire des coupes de 6 à 8 microns d'épaisseur ;
- 9° Colorer.

L'auteur a essayé plus de 22 différentes méthodes de coloration. Il a obtenu les meilleurs résultats avec la méthode de Loeffler modifiée par Nicolle (celle que nous avons employée), la méthode de Gram modifiée par Hiss et Zinsser et la méthode de Goodpasture modifiée par Mc. Callum. Nous décrivons ci-après succinctement ces trois méthodes.

METHODE DE LÖEFFLER-NICOLLE

- 1° Bleu de méthylène 5 à 15 minutes ;
 - 2° Laver dans solution d'ac. acétique à 1 p. 1.000 ;
 - 3° Laver qqs. secondes dans sol. d'ac. tannique à 10 % ;
 - 4° Laver 20 à 30 secondes avec alcool absolu ;
 - 5° Xylol jusqu'à décoloration ;
 - 6° Monter.
- Montagne recoloré avec de l'éosine.

METHODE DE GRAM MODIFIEE PAR HISS ET ZINSSER

- 1° Violet de gentiane-aniline 5 à 10 minutes ;
- 2° Laver dans H^2O ;
- 3° Solution de lugol pendant 1 minute ;
- 4° Laver dans H^2O ;
- 5° Alcool absolu tant qu'il y a une teinte colorée ;

- 6° Xylol jusqu'à décoloration ;
- 7° Monter.

METHODE DE GOODPASTURE MODIFIEE
PAR Mc CALLUM

- 1° Colorer avec sol. de goodpasture de 10 à 30 minutes ;

Formule de la sol. de goodpasture :

Alcool à 30 %....	100 cc ³ ;
Fuschsine basique.	0,59 cgr.;
Huile d'aniline....	1 cc ³ ;
Cristaux de phénol.	1 cc ³ .

- 2° Laver dans H²O ;
- 3° Laver quelques secondes dans une sol. de formaldéhyde à 40 %. La coloration rouge vif s'efface et laisse subsister une coloration rose ;
- 4° Laver dans H²O ;
- 5° Recolorer dans acide picrique à saturation de 3 à 5 minutes jusqu'à coloration pourpre ;
- 6° Laver dans H²O ;
- 7° Laver dans alcool à 95°. La couleur rouge réapparaît et est lavée ainsi qu'une certaine partie du jaune picriqué ;
- 8° Laver dans H²O ;
- 9° Colorer 5 minutes ou plus avec le violet de gentiane de Stirling ;
- 10° Laver dans H²O ;
- 11° Sol. de lugol pendant 1 minute ;

12° Sécher au buvard sans laver ;

13° Décolorer avec un mélange à parties égales
d'huile d'aniline et de xylol ;

14° Passer deux fois dans le xylol ;

15° Monter.

Cette méthode colore les organismes Gram — en rouge, les Gram + en bleu et les tissus en une teinte variant du rose au pourpre

Les résultats de Montague sont assez décevants. Il ne trouva la présence de microbes intra-tissulaires que dans 74 cas sur 1.700 coupes examinées. Faut-il en conclure à l'inexistence intra-tissulaire de microbes ? Non pas. Il trouva toujours des staphylocoques, jamais de colibacilles ni de streptocoques, sauf au niveau des altérations du tissu. De ses travaux Montague conclut, et nous nous associons entièrement à lui, que l'invasion intra-tissulaire est très limitée. Cette limitation est-elle due à la résistance des tissus ou à la faible virulence des microorganismes ? Nul ne le sait.

Les coupes ont mis en évidence au niveau des points où la surface avait été lésée la présence de staphylocoques groupés en amas. Faut-il en conclure pour cela à l'absence intra-tissulaire de colibacille ? Nous ne le croyons pas. On ne peut les distinguer parce qu'ils sont comme les tissus, Gram — ; notre impuissance à les identifier ne démontre pas leur inexistence.

Malgré cette longue description d'infection locale, qui est pour nous le plus souvent surajoutée, on ne

peut pas toujours démontrer la présence de cette infection. Un fait subsiste néanmoins : le pseudo-streptococcus fœcalis de Murray ne tient pas le premier rang. Montague tend à donner la priorité au staphylocoque. Mais il faut bien remarquer, et Montague insiste sur le fait, que pour lui l'infection n'est primitive que dans 2 % des cas environ, et qu'elle est toujours secondaire à des érosions locales.

Cette théorie pathogénique n'est pas admise par tous les proctologistes. Il semble bien, en effet, que le rôle de l'infection ne soit pas aussi fréquent qu'on ait voulu le croire. Il faut toujours l'identifier avec la plus grande attention, car le succès de la thérapeutique en dépend souvent. Nous pourrions classer les prurits en prurits infectieux et prurits non infectieux. Cette classification ne répondrait pas à la vérité. Il y a plutôt des prurits directs et des prurits indirects. Ce sont ceux-ci qui ont permis à certains auteurs de décrire de multiples théories pathogéniques. Parmi celles-ci quatre obtiennent une faveur particulière :

la théorie réflexe,

la théorie mécanique,

la théorie toxique, et la théorie sympathique.

La théorie réflexe a été défendue par l'école anglaise. J.-P. Lockart Mummery décrit la richesse nerveuse sensitive de la région anale et fait de cette région « la sentinelle du rectum ». Qu'un trouble se produise au niveau du rectum et il a sa répercussion dans les terminaisons sensibles de l'anus. Si l'on ne

trouve pas toujours la lésion rectale c'est que parfois elle a été très légère, a disparu même et seules ses manifestations sensibles ont subsisté.

Théorie mécanique. — Certains auteurs prétendent que le prurit n'est dû qu'à la compression des terminaisons nerveuses par des tissus œdématisés ou sclérosés. Certes, cette théorie semble évidente au cours des vieux prurits invétérés; mais comment la justifier quand on voit des prurits intenses sans lésions locales ?

Théorie toxique. — De nombreuses observations comportent des éléments de toxicité dans les antécédents des malades. Les maîtres de l'école française ont prôné la théorie toxique et ont accumulé à son actif des arguments irréfutables. C'est ainsi qu'on a décrit des prurits biliaires, des prurits par intoxication alimentaire, des prurits au cours de l'urémie et du diabète. Les faits sont indiscutables et la toxicité joue certainement un rôle de premier plan dans la pathogénie des prurits anaux. Elle n'éclaire cependant pas tous les cas, et il arrive souvent qu'on ne puisse pas trouver d'élément toxique dans l'histoire de la maladie.

Théorie sympathique. — C'est la dernière venue et elle a été mise en lumière par M. J. Golay, de Genève. Cet auteur estime qu'on peut très souvent trouver à l'origine des prurits et en particulier du prurit anal, un trouble fonctionnel du sympathique. Celui-ci déterminerait le prurit dont les manifestations cutanées ne seraient que la conséquence.

CONCLUSIONS

De tous ces faits que faut-il conclure ? Que la pathogénie du prurit anal reste malgré tout singulièrement obscure. Nous penchons personnellement vers la priorité de la théorie infectieuse. Nous croyons que même lorsqu'il y a une cause locale nette l'infection secondaire joue elle-même un rôle important. Nous basons cette opinion sur les résultats décevants de la thérapeutique. Souvent on guérit la cause sans guérir le prurit. Le malade soumis alors à un traitement bactérien est soulagé. Certes la bactériothérapie n'est pas la panacée universelle (nous verrons à la partie thérapeutique de cette thèse l'usage qu'on en doit faire) ; mais si on lui reproche violemment nombre d'insuccès c'est plus à sa mauvaise application qu'à l'impuissance de ses effets qu'on doit s'en prendre.

SYMPTOMES

Les symptômes du prurit anal sont assez simples. Les signes fonctionnels tiennent ici le premier rang.

SIGNES FONCTIONNELS

Ce sont eux qui poussent le malade à consulter. Au début le prurit est léger, il survient par crises, à l'occasion d'un excès, ne dure pas longtemps et ne gêne guère le malade. Bientôt cependant il devient continu. Ce n'est d'abord qu'une simple démangeaison, s'accroissant après les exercices, la défécation, une immobilité prolongée dans la position assise. Puis la sensation s'affirme dans toute son intensité, s'accroît au point de torturer le patient. Elle s'exacerbe à certains moments, surtout au moment du coucher, sous l'influence de la chaleur des draps. Au début, le malade se frotte légèrement, mais bientôt il se gratte avec la plus grande énergie, s'armant de tout ce qu'il peut trouver sous sa main : brosses dures, limes, objets acérés de toutes sortes. Il se gratte jusqu'au sang et la douleur franche le soulage. Ces crises surviennent brutalement par

paroxysmes, irrégulières dans leur horaire, affolant celui qui en est atteint par leur soudaineté. Le malade devient rapidement un mental; le besoin de se gratter est tel qu'il éprouve une véritable angoisse s'il ne peut le satisfaire. Aussi n'a-t-il plus qu'une idée fixe : pouvoir se gratter à son aise. Parfois il se plaint de phénomènes plus objectifs : brûlures locales exagérées au moment de la défécation, sensation de tension pénible de toute la région périnéale, avec chez l'homme de fréquentes et pénibles érections nocturnes. L'inflammation locale peut atteindre le canal anal et donner du ténésme ou irradier latéralement et surtout en avant, créant ainsi un prurit génito-anal encore plus pénible. Nous avons même vu un malade qui ne marchait qu'avec la plus grande peine tant le frottement des cuisses, l'une contre l'autre était intolérable.

SIGNES PHYSIQUES

Quand on examine un malade qui vient pour un prurit anal on est parfois frappé par l'inexistence des lésions. Rien ne permet de déceler localement une altération des tissus. Elle peut d'ailleurs ne pas exister. La peau d'alentour est saine, le dégradé cutanéomuqueux absolument normal ; il n'y a pas d'épaississement de la peau, pas de suintement local. Et cependant les démangeaisons sont intolérables. L'examen approfondi du canal anal, de la zone de Morgagni et de l'ampoule décèlent en général de

petites lésions qui semblent suffisantes en elles-mêmes pour créer le réflexe prurigène du fait qu'on supprime le prurit en les supprimant.

Le plus souvent, au contraire, on trouve des lésions plus ou moins avancées, selon leur âge, allant de la simple pigmentation à l'altération profonde des tissus péri-anaux, de la petite auréole péri-anales au vaste envahissement de tout le périnée, des parties génitales, des lombes, et parfois des cuisses.

Au début, en effet, il faut mettre le malade en position d'examen rectoscopique, écarter largement ses cuisses pour pouvoir inspecter avec attention et y remarquer les lésions suivantes : Autour de l'orifice anal, et semblant continuer sa surface lisse, muqueuse, la peau, au lieu d'être normalement colorée, a un aspect rose plus ou moins accentué, parfois rose brique, parfois vieux cuivre et, si l'on regarde de près, encore mieux avec une loupe, on voit de minuscules élévations cutanées de la grosseur d'une demi-tête d'épingle, sans pédicule, comparables aux papilles linguales saillantes et rugueuses de certains animaux. Généralement on note également la présence d'une humidité anormale qui peut varier de la simple moiteur au véritable suintement. Qu'on tarisse cette sudation et l'on a déjà soulagé le malade en grande partie. A cette période, pas encore de fissures, de rhagades, de papules ou de vésicules, mais çà et là une petite excoriation due au grattage : au toucher, on a une sensation de fin granité, mais

pas encore d'épaississement ni d'induration, encore moins de blindage.

Parfois encore, au début, on peut observer un pruritique dont la peau, normale en apparence, présente sous la loupe un aspect sec et écailleux assez caractéristique. On peut en détacher de fines squames en lamelles sèches et minces. Au toucher, la peau est sèche et rugueuse.

Comme dans toutes les affections, il est assez rare d'observer les légères lésions que nous venons de décrire et qui sont des lésions de début. Quand un malade nous consulte, c'est le plus souvent après des semaines ou des mois de souffrances, parfois des années. Aussi observe-t-on alors des lésions autrement étendues en superficie et en profondeur amenant des symptômes importants. Plus besoin de loupe; les lésions sont visibles à l'œil nu, dès que le malade se découvre.

Certains auteurs ont cru devoir systématiser les lésions qu'ils observaient et ont voulu les étiqueter prurits avec peau parcheminée et prurits avec suintement. Cette classification nous semble arbitraire, étant donné que ces aspects différents peuvent s'observer chez un même malade et qu'ils sont fonction, non d'un processus pathologique différent, mais tout simplement de l'évolution dans le temps de la maladie.

Dans un premier stade, en effet, la peau est sèche, parcheminée, coupée de profonds sillons au

fond desquels s'élabore une infection secondaire qui, en excréant ses toxines, donne l'aspect suintant.

La peau des pruritiques anciens a un aspect caractéristique : elle a l'apparence d'un morceau de cuir ou de peau séchée après avoir longtemps séjourné dans l'eau. Elle est accidentée, creusée de profonds sillons, entre lesquels s'élèvent de petites éminences rondes, pâles, délavées, dures au toucher. Parfois, au début tout au moins, les sillons sont fins, nombreux, et semblent continuer dans la peau les plis radiés de l'anus. Parmi eux cependant certains sont plus accentués, surtout dans le sens sagittal : en arrière, atteignant la saillie coccygienne, en avant, poussant vers la racine des bourses. Souvent les éminences sont légèrement ulcérées par un grattage intensif, parfois recouvertes de crouelles que chaque nouvelle crise fait tomber. Si l'on écarte ces bourrelets on trouve, le plus souvent au fond du pli un suintement blanchâtre, riche en toxines microbiennes. Si l'on analyse avec attention les particularités de la région on note que les plis radiés ne sont pas les seuls et qu'ils sont pour la plupart coupés à angle droit par d'autres plis généralement moins profonds. L'intersection de ces lignes donne une figure quadrillée dont l'aspect est, pour les spécialistes des maladies cutanées, absolument pathognomonique. L'extension de l'affection peut prendre de grandes proportions. Ordinairement les lésions sont limitées à la région péri-anale sur une étendue d'environ 3 à 4 cm. autour du canal, mais

parfois, dans des cas très anciens, on voit la pigmentation s'étendre aux parties génitales, puis le prurit suivre. Le mal peut ainsi atteindre en avant les hypocondres, en arrière les lombes. Enfin il peut descendre le long des cuisses et les auteurs américains signalent plusieurs observations de prurits descendant jusqu'aux genoux.

A un stade avancé, les modifications de coloration et de toucher de la peau s'accroissent, la plaque de prurit se lichénifie, et l'on peut schématiquement lui décrire alors trois zones concentriques : à la périphérie d'abord, une région à peine touchée par la maladie : région de défense plutôt, sa teinte se nuance du bistre clair au brun clair. A la loupe on constate une hypertrophie des papilles du derme : on dirait le velouté de la surface d'un potage au tapioca. Cette zone peut manquer complètement ; on la trouve surtout au cours de prurits à évolution aiguë. Cette zone franchie, on arrive en allant vers le centre, à une seconde région ou région papuleuse. La peau a ici une teinte plus accusée, de couleur plus chaude, variant du rose thé au bistre ; elle est irrégulière dans sa forme et laisse saillir de-ci de-là un élément papuleux, dont la superficie représente une surface égale à celle d'une tête d'épingle, parfois d'une petite lentille. Le sommet de chaque papule est lisse et plat. Les poils poussent entre les papules qui semblent se grouper à mesure que l'on avance vers la troisième zone ou zone interne.

Le principal caractère de cette zone, où les lésions

sont les plus vieilles, est son infiltration. L'infection a creusé en profondeur des sillons linéaires assez accentués semblant continuer les plis radiés de l'anus. Plusieurs d'entre eux sont plus nettement creusés. Le fin quadrillage du début n'est presque plus marqué tant les tranchées radiées sont profondes et comme coupées à pic dans la peau. Les bourrelets qui les séparent sont tantôt pâles, desséchés et squameux, tantôt moites, baignant de chaque côté dans un suintement qui les fait macérer. On a une peau ressemblant à celle des mains des vieilles laveuses.

On voit exceptionnellement les lésions à un stade plus avancé avec des végétations, de petits abcès intra-fissuraires, voire avec du sphacèle. Les malades souffrant trop ont été traités auparavant ou, tout au moins, se sont soumis à des règles d'hygiène locale qui ont limité l'extension du mal.

Il ne suffit pas de constater les lésions du prurit anal. Ce diagnostic est aisé et ne suffit en aucun cas à provoquer une thérapeutique locale assez efficace. Il faut trouver la cause du mal. Il convient donc de faire un examen complet de la portion terminale du tube digestif et, le plus souvent, on trouve là la lésion causale.

L'examen local a la plus grande importance. Il convient en effet de trouver la lésion exacte qui cause le prurit, car on guérit souvent le malade en supprimant la cause de son mal. Parfois, au premier coup d'œil, on est frappé par la présence de vieilles

marisques au pourtour du canal anal. Il ne faut pas négliger de les explorer attentivement et de rechercher si, au niveau de leur implantation, ou dans l'un des plis qui séparent les marisques les unes des autres, il n'existe pas un petit foyer infectieux. Parfois on a affaire à un véritable prolapsus rectal, à des grosses hémorroïdes internes prolabées, congestionnées. La surface de la muqueuse n'existe plus en certains points; en d'autres, elle est si mince qu'elle semble avoir été limée et laisse transparaître les fins capillaires sous-muqueux; elle peut même présenter de petits îlots sphacélés superficiellement. Ces hémorroïdes prolabées suintent presque toujours et présentent, à un degré plus ou moins marqué, des lésions inflammatoires et infectieuses. Bensaude l'a souvent dit et insiste encore sur ce fait dans le Nouveau Traité de Médecine que la rectite est une des complications les plus fréquentes des hémorroïdes, elle provoque une humidité anale et des sécrétions glaireuses tout à fait propices à la création d'un prurit anal.

Il peut paraître puéril d'insister sur l'importance primordiale qu'offre la présence de l'orifice cutané d'un trajet fistuleux. Il est évident que toute ouverture devra être explorée et ses limites exactement définies avec un stylet et un doigt intra-rectal, ou mieux encore avec une bouillie opaque sous les rayons X. On comprend aisément, en effet, que l'apport direct du pus d'une fistule soit suffisant pour créer un prurit. Mais ce qui est autrement délicat, c'est de découvrir

un orifice punctiforme, mais suffisant à un écoulement septique et irritant. Les auteurs américains, et particulièrement Chittenden Hill, de Boston, et L.-J. Hirschman, de Detroit, insistent sur la fréquence de tels petits orifices qui passent presque toujours imperçus. Ils apportent de nombreuses observations à l'appui de leur thèse. Chittenden Hill dit même qu'il faut explorer chaque fissure cutanée ou cutanéomuqueuse, chaque crevasse, chaque rhagade ; c'est un patient examen qu'il faut pratiquer et qui ne livre son secret qu'à la deuxième ou la troisième investigation. Mais c'est pour ces auteurs la clé de voûte de la thérapeutique. Ces fistulettes sont le plus souvent borgnes internes. Certaines sont presque impossibles à identifier, car elles viennent aboutir dans le canal anal. On ne voit rien à l'examen extérieur ; le déplissement de la muqueuse n'est pas suffisant et l'anuscopie appliqué généralement sur l'orifice le cache. Et cependant il y a un suintement de pus. On ne découvre l'orifice qu'en retirant l'anuscopie avec la plus grande lenteur et la plus vive attention.

L'examen extérieur de l'anus peut, en outre, faire ressortir la présence d'excroissances ou de néoformations.

TUMEURS BENIGNES

Les unes sont des végétations : papillomes développés au pourtour de la lumière anale et dont le

doigt peut parfois suivre des prolongements intra-rectaux. Petites verrues roses, parfois arborescences exubérantes. Ces petites tumeurs ont ceci de particulier que, quelle que soit leur étendue, elles ont de très petits points d'implantation multiples dont chacun répond à une tumeur distincte. Elles peuvent s'ulcérer ou se sphacéler, mais le plus souvent « elles s'accompagnent d'un suintement fétide, très irritant pour les téguments. » (P. Duval).

Les autres intéressent le derme : ce sont les condylomes. Développées au niveau des plis radiés de l'anus, de la taille d'une petite noisette, arrondies, ces petites tumeurs peuvent être le siège de phénomènes inflammatoires et créer par la suite du prurit.

TUMEURS MALIGNES

Nous ne ferons que citer pour mémoire les tumeurs malignes anales surtout épithéliomes, plus rarement sarcomes. Ils sont, dans tous les manuels, décrits avec un luxe de symptômes tel qu'il serait vain de les répéter ici. Notons simplement qu'ils s'accompagnent fréquemment de prurit, créant ainsi une souffrance de plus au malade, et qui est généralement moins bien supportée que les autres manifestations douloureuses.

★
★ ★

Cet examen extérieur est souvent insuffisant. Il faut déplisser la muqueuse anale pour découvrir une lésion cachée dans un de ses replis. La simple tentative de déplissage peut réveiller une très vive dou-

leur, et l'examen est impossible si l'on ne prend soin de lubrifier la région avec un anesthésique local à base de cocaïne. Après quelques instants on arrive à ses fins et l'on découvre une *fissure anale*, tapie au fond d'un pli radié. La *fissure* remonte plus ou moins haut dans le canal, et les lésions inflammatoires d'alentour varient avec l'âge de la lésion. Généralement on trouve au fond un exsudat blanchâtre, louche, riche en toxines microbiennes. Les parois de la fissure sont suintantes.

Parfois, l'attention peut être attirée sur la présence d'une petite *ulcération* ronde d'aspect chancrelleux. Le toucher est tellement pénible qu'il est difficile de rechercher l'induration de la base, mais un frottis et un examen direct permettront aisément de mettre en lumière la présence du spirochète ou du bacille de Ducret. Mais en dépliant davantage encore, et sous anesthésie locale, la muqueuse anale, ou mieux encore avec un anoscope fenêtré, on peut trouver entre les deux sphincters, surtout sur la face postérieure, une exulcération ou même un véritable ulcère dû — semble-t-il — à un trouble trophique local, et que Wallis, de Londres, dit avoir trouvé dans 90 % des cas de prurit anal qu'il a eus à examiner. La muqueuse n'est plus lisse au toucher, mais cette sensation de dépoli est si fine qu'il faut pour la percevoir un doigt exercé et démun de doigtier. On n'a pas pu trouver d'agent causal spécifique.

En dépliant fortement la muqueuse anale préalablement anesthésiée on peut trouver une petite

éminence allongée, roulant sous le doigt, douloureuse. C'est une crypte de Morgagni qui s'est infectée. Ces cryptes décrites sous le nom de poches rectales ou cryptes muqueuses sont plus ou moins béantes vers le haut. Qu'il s'y accumule une petite quantité de matières, il se produit une réaction locale qui se manifeste d'abord par l'obturation de la béance et ensuite par la production d'une infection en vase clos. La situation juxta-sphinctérienne rend ces cryptes très pénibles, le malade a constamment la sensation de corps étranger intra-rectal et il souffre à chaque défécation. Cette inflammation s'accompagne généralement de suintement et cause un prurit intolérable.

PAPILLES HYPERTROPHIÉES

Des bords libres des cryptes de Morgagni, ou plus exactement des bords des valves anales semi-lunaires qui défendent l'entrée de ces cryptes, se détachent 5 à 12 papilles. Elles encerclent le point de jonction entre l'anوس et le rectum, formant une couronne en dents de scie appelée par certains auteurs la « *linea dentata* ». Ces papilles ont une grosse importance dans la pathologie anale et plus encore dans la pathologie du prurit. Andrews considère les papilles rectales à l'égal d'un organe sensoriel comparable aux papilles gustatives. Il est de fait qu'elles sont très richement innervées, ce qui explique dans une certaine mesure les réflexes douloureux que cause

leur altération. Leur position dans la lumière rectale, flottant comme des serpentins sous le souffle d'un ventilateur, suffit à expliquer la fréquence de leurs lésions. Elles peuvent être excoriées par le passage de matières dures, voire même déchirées, et les lésions de leur base sont généralement suivies d'une inflammation cryptique. Faites d'une sorte de tissu érectile elles arrivent, quand elles sont hypertrophiées, à atteindre 2 à 3 cm. de long sur 1 à 2 à la base; elles sont aplaties, rubannées, ce qui permet de les distinguer de petits polypes. Ces papilles hypertrophiées causent toujours une contracture sphinctérienne qui va en se serrant de plus en plus si l'on n'intervient pas. Elles sont ainsi un des facteurs du cercle vicieux de la constipation d'origine ano-rectale.

Au toucher, le doigt le plus exercé peut ne pas les percevoir, mais on est plus heureux avec l'anuscopé qui permet de voir, quand plusieurs papilles sont hypertrophiées, un feston pointu. Quand il n'y en a qu'une, sa recherche est très délicate; on y arrivera cependant grâce au remarquable anuscopé biseauté tournant du Dr Bensaude. Il permet d'explorer méthodiquement toute la circonférence anale et d'y découvrir l'anomalie.

Si nous avons cru devoir insister sur ces deux lésions, c'est qu'elles sont fréquentes, et cependant rarement décrites dans les manuels. Elles sont la cause de toute une série de troubles ano-rectaux qui se manifestent par une contracture sphinctérienne

serrée. Un toucher hâtif ne les révèle pour ainsi dire jamais. Le praticien se contente de prescrire un suppositoire banal et s'étonne par la suite de perdre son client mécontent de ne pas être soulagé. D'ailleurs ces deux lésions ont une grande importance dans l'étiologie du prurit anal dont elles sont, dit L.-J. Hirschman dans son *Traité des Maladies du Rectum*, « une des causes les plus fréquentes et les plus tenaces en raison de la profonde ignorance que l'on a à leur sujet ».

STASE FECALE

Elle est presque toujours d'origine réflexe, consécutive à une petite lésion anale passée inaperçue. Sans arriver jusqu'au mégacôlon ou mégarectum on observe fréquemment une importante rétention fécale. Les constituants liquides des matières sont absorbés et il ne reste qu'une matière sèche et dure. La présence anormale de ce corps étranger dur irrite la muqueuse; il se produit une hypersécrétion de mucus d'abord, de pus ensuite, et au rectoscope, après avoir évacué les matières, on trouve une muqueuse exulcérée, érodée, avec des lésions de rectite banale. Cet écoulement, riche en acides de toutes sortes, est extrêmement irritant. Qu'il filtre en même temps que des gaz au travers de l'orifice anal, et il devient un facteur certain de prurit.

Ces stases fécales sont parfois la conséquence d'une hypertrophie des valves de Houston. Celles-ci

forment, par leur opposition comparable « aux tuiles d'un toit, des sténoses en iris bien visibles à l'endoscopie » (Bensaude). Une valvotomie libèrera rapidement le malade.

PARASITES INTESTINAUX

On les recherchera toujours car tous peuvent, plus ou moins, provoquer du prurit. Les uns par les phénomènes toxiques qu'ils provoquent, les autres par les réflexes sensitifs que provoque leur migration. Tels sont le *tœnia saginata* dont le transit sur la marge de l'anus se produit dans l'intervalle des selles. Le *tœnia solium*, moins prurigène, expulsé au moment des selles. L'*ascaris lumbricoïdes* qui peut, par sa présence en paquets dans le rectum, provoquer une hypersécrétion muqueuse réflexe et par suite du prurit. Mais les vers intestinaux le plus fréquemment trouvés à l'origine d'un prurit anal sont sans contredit les oxyures (*enterobius vermicularis*). Habitant l'intestin grêle, ce sont les femelles fécondées qui gagnent le rectum pour être évacuées avec les selles. Ces parasites femelles sortent par l'anus durant la nuit et occasionnent un prurit intolérable. Le malade se gratte et introduit ainsi des œufs dans la rainure de ses ongles. Tôt ou tard il porte ses mains à sa bouche, absorbe ces œufs dont l'embryon s'échappe, se développe, et le cycle de l'auto-infestation est réalisé.

Il va sans dire que l'on devra toujours faire un

examen coprologique et une recherche d'œufs de parasites chaque fois que l'étiologie du mal semblera obscure.

INFLAMMATIONS CIRCONSCRITES

La richesse microbienne locale, les altérations nombreuses dont cette région est le siège, expliquent la fréquence de la pénétration des agents infectieux au niveau de la muqueuse et de là dans le tissu cellulaire environnant. Tout trouble dans cette région a sa répercussion sensitive au niveau de l'anus. On ne s'étonnera donc pas de trouver les lésions suivantes au cours d'un prurit anal :

Abcès tubéreux dus à l'inflammation des glandes péri-anales. Ils se manifestent par une petite tuméfaction rouge, douloureuse, bientôt fluctuante, et qui laisse sourdre du pus quand il se perce spontanément.

Abcès phlébitiques dus à la suppuration d'une hémorroïde enflammée.

Abcès de la marge de l'anus, sous-cutanéomuqueux, les plus fréquents selon Hartmann, 86 % des cas. Peu douloureux, ils donnent une sensation de plénitude du rectum qui ne gêne guère le malade.

POLYPES

Le malade qui a du prurit peut vous dire que depuis longtemps il perd quelques gouttes de sang

ou un peu de pus en allant à la selle. C'est souvent un garçon de 5 à 15 ans. Parfois même, après des efforts répétés pour aller à la garde-robe, il lui est arrivé de sentir une petite grosseur passer dans son canal anal. On pratique un toucher rectal en faisant des mouvements de latéralité afin d'essayer de mobiliser la tumeur dont la consistance est généralement molle. Suivant son âge elle a un plus ou moins long pédicule. Sa taille varie de celle d'une noisette à celle d'une mandarine. On peut parfois la trouver prolabée hors de l'anus et même à la longue irréductible. Sa présence en temps que corps étranger du rectum irrite la région sphinctérienne, cause des faux besoins, des émissions de glaires qui créent le prurit.

EXAMEN ENDOSCOPIQUE

Nous avons bien par instants mentionné l'utilité d'un examen endoscopique pour parfaire un diagnostic digital hésitant. En cas d'impossibilité par manque d'instruments, on a pu néanmoins, avec un bon sens clinique, porter un diagnostic. Mais il y a des cas où l'on ne saurait se passer d'un outillage spécial en raison de la situation des lésions hors d'atteinte de l'exploration digitale ou de leur qualité : inflammation de la muqueuse sans néoformations.

On nous objectera peut-être qu'en décrivant les lésions du rectum, nous nous éloignons de notre

sujet. Ce n'est qu'une apparence; bien au contraire, ces lésions sont le plus souvent à l'origine du prurit anal par les phénomènes mécaniques ou toxiques qu'elles provoquent. Au surplus, cette thèse n'étant nullement un résumé de pathologie rectale, nous nous efforcerons de ne donner qu'une brève description des affections suivantes, nous attachant à en montrer simplement le côté par lequel elles sont prurigènes, en priant le lecteur de se rapporter aux traités mentionnés à la bibliographie pour un exposé plus complet.

TUMEURS BENIGNES

Nous avons déjà décrit les polypes, papillomes et condylomes. Les adénomes, fibromes, myxomes, lipomes, lymphadénomes à forme polypeuse sont rares. Une tumeur mérite une mention spéciale, elle est à la frontière de la malignité : c'est la tumeur villeuse. On la retrouve dans plusieurs observations de Murray. Bien décrite par Quénu et Landel en 1899, elle siège généralement dans la partie inférieure du rectum. Molle au toucher, reposant sur une muqueuse souple, son inspection endoscopique est des plus intéressantes. D'aspect rouge vineux, elle est généralement recouverte d'un enduit glaireux classiquement comparé au blanc d'œuf. Si l'on déterge la tumeur avec un tampon, les glaires se reforment de suite, et c'est cet écoulement glaireux, cause du

prurit, qui gêne le plus les malades et les pousse à consulter.

TUMEURS MALIGNES

Nous renvoyons aux derniers ouvrages parus, et en particulier au remarquable article de M. Bensaude, dans le Nouveau Traité de Médecine, pour la description détaillée des symptômes des cancers du rectum. Le prurit a permis souvent de porter un diagnostic précoce et utile. En effet, à la période de début du cancer, avant même que les douleurs n'apparaissent souvent, il peut y avoir un écoulement de glaires blanchâtres et de mucosités qui irritent le défilé anal. A la période d'état les écoulements se modifient. Les glaires deviennent purulentes et sanguinolentes, extrêmement fétides. Emises d'abord en même temps que les selles, elles ne tardent pas à provoquer de faux besoins et à fuser en même temps que les gaz. Elles provoquent naturellement des lésions érosives cutanéomuqueuses et par là-même un prurit intense.

Nous citerons également la polypose généralisée qui provoque souvent des lésions de rectite, et par suite du prurit.

RETRECISSEMENTS DU RECTUM

A) RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES

On les trouve plus souvent chez la femme. On

hésite au sujet de leur étiologie entre la syphilis, la blennorrhagie et la tuberculose. Dernièrement MM. Moutier, Barbier et Deroche ont publié un cas très intéressant de nocardose rectale. Il est un fait, c'est que l'on trouve souvent la syphilis chez les malades atteints de rétrécissements, et presque toujours la blennorrhagie; en outre ils se sont, pour la plupart, livrés à des manœuvres sodomiques. Ce qui nous intéresse est que souvent les malades rétrécis du rectum sont des pruritiques. Et ils ont plus de raisons que d'autres de l'être, puisqu'il y a généralement de la stase fécale et de l'infection au-dessus de la stricture, des fistules au-dessous.

B) RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS

Dus à des traumatismes accidentels, chirurgicaux ou obstétricaux qui sont presque toujours accompagnés de rectite. Il se crée des écoulements septiques qui irritent l'anus et la peau environnante.

C) LES RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX

sont relativement bénins comparés aux précédents. Nous n'en avons pas relevés dans les statistiques américaines, qui aient existé en même temps qu'un prurit.

LES RETRECISSEMENTS DE L'ANSE SIGMOÏDE

enfin s'accompagnent fréquemment de rectite avec

écoulement par l'anus de glaires et de pus et par suite de réactions inflammatoires péri-anales.

Il arrive fréquemment de trouver une rectite chez un pruritique. Nous décrirons succinctement les principales variétés de rectite. Elles agissent toutes de même façon par l'infection produite par leurs écoulements — même quand le rectum est continent.

RECTITES AIGUES

Consécutives à une coprostase, à des lésions organiques de l'intestin, parfois spécifiques, blennorrhagiques. Leur histoire clinique est banale. La rectoscopie montre une muqueuse laquée, congestionnée, parfois érodée, remarquable par la finesse de la muqueuse qui laisse transparaître un lacis serré de capillaires saignant au moindre attouchement. Parfois on trouve un peu de pus et des fausses membranes.

RECTITES CHRONIQUES

Catarrhales, verruqueuses, végétantes, elles sont généralement la phase secondaire des précédentes et ont des symptômes plus effacés.

RECTITES SPECIFIQUES

Syphilitiques dans lesquelles on peut observer la

syphilis sous toutes les variétés de ses manifestations évolutives.

Gonococciques. Plus fréquemment observées chez la femme. Ces rectites peuvent s'observer tantôt au cours d'une blennorrhagie génitale, tantôt être un symptôme de début. Elles ont alors une histoire clinique identique à celle de l'urétrite.

RECTO-COLITES

Enfin on peut observer du prurit anal au cours de toutes les recto-colites, surtout chez celles qui s'accompagnent d'émissions glaireuses ou purulentes.

SIGNES GENERAUX

Ils existent presque constamment, à un degré variable, allant de la simple irritabilité de caractère à l'hypocondrie la plus farouche. Tantôt les pruritiques gardent un assez bon état général, mais sont soucieux, et expriment surtout des craintes au sujet de l'évolution de leur mal. Tantôt ils continuent leurs occupations habituelles, se retirant de temps à autre pour calmer leur démangeaison. Mais parfois ils arrivent à une véritable déchéance physique et mentale. Ils s'isolent complètement, ne voulant plus sortir, n'acceptant aucune visite. Ils n'ont plus aucun goût à rien. Ils ne travaillent pas, ne prennent pas de plaisirs. Ils ne veulent pas se coucher, la chaleur du lit réveillant leurs douleurs. Un rien les irrite. Ils sont instables, changeants. Ils tyrannisent leur entourage par leurs caprices. Ils ont parfois des équivalences, transformant en tics le geste de se gratter qu'ils ne peuvent faire. Parfois même ils deviennent des obsédés. Ils ne mangent plus, ne dorment plus, et peuvent arriver à un degré avancé de cachexie. Ils en viennent presque toujours à des idées de sui-

cide qu'ils mettent quelquefois en action, ainsi que le relatent plusieurs observations. Ce sont donc des loques humaines qui sont décidées à subir n'importe quel traitement pour être soulagées.

TRAITEMENT

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Médical, il peut être diététique, chimiothérapique, physiothérapique ou bactériothérapique.

Il est bien entendu que ce chapitre ne comporte que le traitement du prurit anal lui-même, étant admis que l'on aura auparavant toujours traité sa ou ses causes si elles sont diagnostiquées.

DIETETIQUE

Quelles que soient les idées du praticien sur l'étiologie et la pathogénie, il ne saurait y avoir de doute sur la nécessité d'établir avant tout pour son malade des règles d'hygiène élémentaire. Hygiène locale d'abord. Hygiène générale ensuite : les deux se complètent et l'une sans l'autre ne saurait avoir d'effet.

Le régime alimentaire a une grosse importance, mais il ne faut pas cependant lui en donner trop en rendant ainsi les malades esclaves de leur anus. Une nourriture légère, dépourvue de tout élément toxique,

est à conseiller. Le régime végétarien mixte est le plus heureux. Pas de crustacés, peu de poissons, et de préférence poissons maigres. Certains fruits tels que la fraise sont à déconseiller. Les boissons alcooliques, le thé, le café, les épices, les viandes de charcuterie, de venaison, seront prohibées. Enfin les malades prendront bien soin de la régularité d'action de leur intestin. Là encore point d'excès : pas de ces laxatifs drastiques à base d'aloès, pas de purgatifs échauffants, mais simplement de l'huile de paraffine, un peu de sulfate de magnésie à doses modérées.

Le malade devra se soustraire à tout surmenage physique ou mental, faire des exercices physiques bien réglés, sans fatigue. Prendre matin et soir des bains ou des douches sédatifs tièdes.

Localement les soins ne sont pas moins importants. La région anale doit être scrupuleusement propre, on doit la laver matin et soir, ainsi qu'après chaque défécation, avec de l'eau et du savon pour les auteurs anglo-américains, sans savon pour les auteurs français. Après quoi il faut bien rincer la région à l'eau tiède bouillie et l'essuyer, non pas avec du coton hydrophile sec, mais imbibé auparavant d'eau. Ensuite poudrer la région avec une houppette couverte de poudre de talc. Enfin, afin d'éviter toute irritation due au frottement des vêtements, et aussi toute souillure de ceux-ci, on conseillera au malade de porter un pansement sec de gaze stérile tenu par un bandage en T. Le bandage ne devra pas

être serré afin de ne pas provoquer un échauffement local néfaste.

CHIMIOTHERAPIE

Générale. — La première règle est d'éviter les opiacés chez ces malades dont le fonds mental est déjà atteint et qui deviendraient rapidement des toxicomanes.

S'il y a des vers intestinaux : un vermifuge à la santonine.

Le valérianate d'ammoniaque, une cuiller à chaque repas.

Les bromures à doses modérées ;

L'acide cyanhydrique ;

L'eau de laurier-cerise ;

L'acide phénique 0,01 à 0,05 pour 20 gr. de sirop :

Extrait de Guaco (Butte). En spécialité : nisaméline.

Locale. — Le nombre de formules pour le traitement local du prurit anal est incalculable. La diversité des médications est le meilleur signe de leur inefficacité. Tel malade a essayé cinquante formules et soudain en trouve une qui le calme comme par enchantement. Mais il a été jusqu'ici impossible de classer les malades par catégories auxquelles on pourrait appliquer des catégories de médicaments. Chaque malade est un cas particulier avec sa sensibilité et ses réactions propres. Nous nous bornerons donc à citer quelques-unes des formules les plus employées dans les grands centres de proctologie.

Une règle générale cependant : ne pas formuler de pommades ou de corps gras quand il y a de la moiteur ou du suintement. Les poudres, en effet, tarissent mieux l'écoulement.

LOTIONS — BAINS

Guimauve, sureau, tilleul, camomille, amidon, décoction de houblon avec têtes de pavot, eau-de-vie camphrée.

KBr à 1 à 10 % ;

Chloral 1 à 5 % ;

Sublimé 1/1000 à 1/500 ;

Ac. cyanhydrique 4 à 8 gr. pour 500 cc. d'eau distillée de laitue ou de lait d'amande.

CyK 1/500 ;

SO⁴ Cu 1/500-1/100 ;

Ichtyol 1 % ;

Naphtol 1 à 2 % ;

Décoctions de feuilles de :

Jusquiame, belladone, coca, aconit, tabac, etc.

Enfin, et ce qui donne d'excellents résultats le plus souvent, le badigeonnage au NO³ Ag au 1/30 ou au 1/50, en tenant le plus grand compte de la susceptibilité personnelle du sujet. Ces badigeonnages se feront tous les deux ou trois jours seulement et seront suivis de poudrage.

Lockart Mummery conseille de petits lavements à garder de :

Solution de glycothymol à 20 % ;

et Adler :

Extrait fluide d'hamamelis ;

Extrait fluide d'ergot

Extrait fluide d'hydrastis

Teinture de benjoin ;

aà

Pour 1 lavement à garder pendant la nuit.

POUDRES

De nombreux auteurs, les spécialistes du St Mark's Hospital, de Londres, les proctologistes des Etats-Unis, les Allemands eux-mêmes montrent leur prédilection pour les poudres. Nous sommes entièrement de leur avis. Voici quelques formules :

Poudre d'anesthésine 1 partie ;

Poudre d'amidon 2 parties.

Lockart Mummery.

Tannoforme }

Acide borique }

aà

30 gr.

Poudre de talc.....

60 gr.

Pharmacopée du St Mark's Hospital.

Poudre de camphre..... 30 gr.

Zn O 105 gr.

Poudre d'amidon 120 gr.

Pharmacopée du St Mark's Hospital.

Poudre de talc..... }

Carbonate de bismuth..... }

aâ

100 gr.

Zn O

20 gr.

Ac. salicylique	}	aa	2 gr.
Menthol			

Trémolières.

Hamburger, de Copenhague, conseille de faire pénétrer par friction continue du calomel.

C.-W. Johnson conseille la même technique avec du sous-nitrate de bismuth.

En fait nous pourrions citer toutes les poudres absorbantes de la pharmacopée. Aucune ne donne un résultat certain, toutes contribuent à l'amélioration du malade. Elles soulagent toutes plus ou moins le malade, et parfois l'une d'entre elles a un effet miraculeux.

POMMADES — PATES — COLLES — GELATINE

Pommade à l'ac. phénique au 1/100^e,
avec ou sans menthol à 1 p. 200.

On incorpore le produit actif à du cold cream ou de l'axonge, on épaisit avec Zn O ou Kaolin (Brocq); deux onctions partout puis poudrage.

Ou encore pommade avec :

Eau,	}	aa
Alcool à 70°,		
Glycérine,		
Zn O,		
Poudre de talc,		
Poudre d'amidon.		

✓ Ou encore pommades à l'ichtyol, au thiol, au tuménol, au sapolan qui donnent de bons résultats.

On peut employer la cocaïne dans les cas très douloureux sous forme d'oléate ou de chlorhydrate.

Parmi les enduits, l'un semble jouir d'une faveur particulière :

Poudre de talc.....	
Poudre d'amidon	
Solution diluée de sous-acétate de Pb.	{ aâ 100
Lotion boriquée à 1 %.....	
Glycérine	40
Eau camphrée	250
(Jamieson).	

Tuttle recommande des onguents contenant de l'ac. phénique de 5 à 20 %.

Les emplâtres à l'huile de foie de morue pure, phéniquée ou naphtolée ont eus leur heure de vogue. On se trouvera bien de leur emploi dans certains cas difficiles à calmer par les moyens habituels.

Nous pourrions citer à l'infini des noms d'auteurs et des formules. Le praticien, en tenant compte des lignes générales de la médication, pourra donc varier à l'infini ses prescriptions. Nous sommes persuadés de l'absolue nécessité de leur emploi quelque soit le traitement adopté. Ils ne guérissent peut-être pas, mais ils aident toujours à la guérison.

Nous avons déjà indiqué au début de ce chapitre que nous ne décrivions que le traitement du prurit lui-même en tant qu'effet. Il va sans dire que, de même que le traitement général tiendra compte d'une diathèse ou d'une affection générale, le traitement local comportera avant tout la guérison des causes

locales. Les hémorroïdes, les néoformations, les infections, les ulcérations de toutes sortes, les parasites intestinaux (vers) ou extra-intestinaux (poux, pédiculés, tricophytos, etc.) seront traités de la manière habituelle. Nous ne pouvions les décrire, mais nous n'oublions pas leur importance. Souvent leur guérison soulagera complètement le malade, et c'est là qu'un diagnostic exact est important, car au début la suppression de la cause du mal est suffisante en elle-même, alors que plus tard, le prurit, de symptôme est devenu maladie, ses symptômes sont dus à des lésions organiques, et la suppression de la cause reste bien souvent sans résultats.

En pratique nous associons toujours au traitement quel qu'il soit l'administration quotidienne des excellents petits lavements-pansements de Friedel à l'agar-agar, dermatol, huile goménolée et belladone. Nous n'avons jamais vu de malades du rectum traités par cette méthode qui n'aient pas été soulagés. Les pruritiqes suivent la règle générale, on se trouvera bien de le leur conseiller.

PHYSIOTHERAPIE

Pendant quelque temps on a pensé que la physiothérapie ajouterait un fleuron de plus à sa couronne en guérissant le prurit anal. Les résultats ne sont pas plus constants que ceux des autres méthodes : les prurits bénins sont améliorés et même guéris, les prurits anciens ne sont pas modifiés. En outre, cer-

tains accidents consécutifs à un traitement radiothérapique ont considérablement diminué la foi primitive des proctologistes. Actuellement on tend à considérer la physiothérapie surtout comme un excellent adjuvant, mais pas comme un moyen curatif.

Et, d'abord, le vieux bain statique. Il donne des résultats excellents. Il agit sur les nerfs vaso-moteurs, régularise la circulation dans les couches sous-épidermiques, atténue par suite la compression exercée par les vaisseaux des papilles dermiques sur les nerfs sensitifs et fait disparaître la démangeaison. L'effluve statique a un effet sédatif indiscutable et guérit certains prurits en cinq à dix séances. La haute fréquence semble avoir aujourd'hui les suffrages des physiothérapeutes français. C'est Doumer qui l'a recommandée, ses succès sont nombreux et durables. Une simple électrode intra-rectale de Mac Intyre suffit. Les malades sont généralement soulagés dès la première séance et parfois guéris après cinq ou six séances. Currell, Bordier lui préfèrent la diathermie. La radiothérapie a des succès éclatants à son actif, c'est Sabouraud qui l'a mise en vogue, elle doit malheureusement à la susceptibilité de certains sujets des désastres aussi retentissants. R.-D. Mason, d'Omaha, a récemment écrit un important article sur le sujet : il ne se sert de la radiothérapie que dans les prurits chroniques et anciens. Il emploie un tube très mou, ne donne pas plus de dix minutes d'application à chaque séance. Il reproduit les applications

deux à trois fois par semaine jusqu'à l'obtention d'une pigmentation brun foncé. Littauer, de Leipzig, emploie également la radiothérapie, mais lui préfère l'air chaud et surtout la photothérapie : lumière rouge si la sécrétion est tarie, lumière bleue si elle persiste. Nous ne pouvons donner notre opinion sur ces traitements que nous n'avons pas expérimentés.

Louis A. Buie, de la clinique des Mayo, à Rochester, a publié au dernier Congrès de Proctologie de New-York, une statistique basée sur 100 cas de prurit traités par ionization; 75 % des malades furent bien soulagés; 22 % furent complètement guéris. L'auteur se sert d'une solution aqueuse de lugol à 25 % : séances quotidiennes de 2 à 30 minutes avec un courant variant suivant les sujets entre 3 et 50 milliampères. Ces résultats sont intéressants. Les travaux continuent afin d'arriver à sélectionner l'exacte catégorie de malades qui sont sûrs de bénéficier de ce traitement.

BACTERIOTHERAPIE

Murray fut le premier à l'appliquer et ses travaux, pendant une décade, ses statistiques heureuses ont créé un mouvement en faveur de la bactériothérapie.

Il faisait un auto-vaccin en isolant des cultures pures de streptococcus fecalis sur milieux solides, puis liquides. Il tuait ses dissolutions microbiennes avec une solution aqueuse de phénol à 0,5 % ou une solution de tricresol à 0,33 1/3 %. Il ne tuait jamais

ses microbes par la chaleur. Il commençait par une injection sous-cutanée de trois décimillimètres cubes et répétait les injections toutes les 48 heures jusqu'à ce qu'une réaction locale survint. Ses auto-vaccins contenaient environ 2 milliards de microbes par cc³. Dès que la réaction s'atténuait, Murray réinjectait le malade jusqu'à guérison. L'auteur a publié d'importantes statistiques avec un certain nombre de très heureux résultats, mais il était trop exclusif quand il croyait que le streptococcus fecalis était le seul agent pathogène et qu'un auto-vaccin fait avec lui devait guérir tous les malades. Montague démontra que le streptococcus fecalis n'était pas seul en cause, qu'il n'envahissait pas les tissus, et que l'infection, loin d'être constante comme le prônait Murray, ne survenait que dans un nombre de cas fort limités, et qu'elle n'était seule en cause que dans 1 à 2 % des cas. Nous pensons personnellement que ce pourcentage doit être plus élevé, environ 4 à 5 %. Des travaux de laboratoire de Montague devaient découler une méthode de traitement; la voici : l'auteur pense que pour rendre la bactériothérapie pratique, il faut avoir recours à des stock-vaccins que tout praticien peut aisément se procurer. Il commence le traitement sous-cutané avec un stock-vaccin de staphylococcus albus, ; s'il n'y a aucun résultat à la troisième piqûre il y associe un stock-vaccin de colibacille. Il commence par les doses minima et considère comme dose à ne pas dépasser la première suivie d'une réaction locale ou générale. L'auteur répète ses injections

tous les deux à trois jours, il associe toujours un traitement local à sa bactériothérapie et obtient d'excellents résultats.

Persuadé de l'importance du colibacille, nous avons pensé obtenir de meilleurs résultats en renversant le problème. Nous injectons d'abord un stock-vaccin de colibacille (100 millions p. cc³), $\frac{1}{2}$ cc³ à la première injection sous-cutanée ou, mienx encore, intra-dermique. Nous faisons en même temps une seconde piqûre de $\frac{1}{2}$ cc³ de stock-staphylo à 1.000 millions p. cc³ de stock-strepto à 10 millions p. cc³. On obtient généralement une légère réaction locale qui doit être favorablement considérée. Dès la première piqûre le malade est soulagé. On répète les piqûres tous les deux jours jusqu'à guérison complète ; 8 dans un cas, 6 dans deux autres ont suffi pour amener une sédation complète des symptômes. Nous associons toujours à la bactériothérapie sous-cutanée une médication active par ingestion de ferments lactiques. Nous pensons que des bouillons-vaccins en applications locales pourraient donner d'heureux résultats, mais nous n'avons pas eu l'occasion de les expérimenter. Les règles générales de la vaccinothérapie devront naturellement être suivies, et les doses seront diminuées si les susceptibilités des malades étaient trop grandes. Nous sommes bien persuadés que si les prurits anaux ne sont pas tous infectieux à leur début, beaucoup le deviennent par la suite et dans tous les cas la vaccinothérapie sera un des plus puissants adjuvants thérapeutiques. Elle

a de nombreux succès à son actif, elle n'a pas un accident.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les chirurgiens, dans leur exclusivisme, prétendent que tout prurit qui dure depuis plus d'un an, et qui n'est pas amélioré par un traitement médical, doit être opéré.

C'est Sir Charles Ball, de Londres, qui, le premier, décrivit en 1905, dans le *British Medical Journal*, l'opération qui depuis porte son nom et consiste à sectionner toutes les branches nerveuses aboutissant à la région cutanée péri-anale. Voici la technique opératoire à suivre : Après nettoyage de la région, tracer une incision courbe parallèle à la concavité anale et le long des bords du halo pruritique. L'incision doit aller jusqu'au sphincter. On relève les lambeaux en les disséquant prudemment aux ciseaux à partir du muscle, tout autour du canal anal et jusqu'à la jonction cutanéomuqueuse. Toutes les connexions nerveuses doivent être sectionnées. On laisse un pont postérieur et un antérieur. On devra également pousser l'incision sous-cutanée à un centimètre en dehors de chaque bord, en avant et en arrière. Le point capital de l'opération est l'hémostase. Il faut qu'elle soit parfaite. On ne doit pas laisser sourdre une goutte de sang, le moindre hématome étant l'origine d'un foyer nécrotique dont la lente cicatrisation ruine le succès de la

méthode. Les résultats sont excellents pour la plupart. L'intervention peut être faite à l'anesthésie locale. Le prurit disparaît sur-le-champ, la sensibilité revient environ deux à trois mois après l'intervention et, entre temps, un traitement local, souvent une vaccinothérapie bien dirigée, ont eu raison des phénomènes infectieux que le malade n'aggrave pas constamment en se grattant.

L'auteur avait d'abord songé à sectionner les racines postérieures des 3^e et 4^e nerfs sacrés, il y renonça, craignant de porter atteinte à l'intégrité sphinctérienne.

De nombreux chirurgiens ont tenté de modifier l'opération de Ball. L'un d'eux semble avoir réussi à imposer sa technique, c'est Louis J. Krouse, de Cincinnati. Il subsistue six ou huit incisions radiées aux deux incisions elliptiques de Ball. L'avantage de cette méthode est de mieux sauvegarder l'irrigation des lambeaux et de diminuer ainsi les risques de mortification des tissus.

Voici une statistique opératoire de M. Lockart Mummery :

Malades	Complèt. guéris	Récidives	Guéris après 2 ^e interv.
59	52	7	3

Il serait puéril de vouloir nier l'efficacité de la méthode, mais il ne faut pas croire à son absolue certitude. Par un curieux hasard, en effet, un bref séjour au St Mark's Hospital, de Londres, où M. Lockart Mummery a édifié sa statistique, nous a

permis de rencontrer trois malades opérés et non soulagés. Ces faits ne portent-ils pas en eux leur conclusion ? D'autre part, le traitement chirurgical est absolument inopérant si on ne lui associe pas un traitement local complet.

Dans le même esprit, mentionnons les injections d'alcool sous-cutanées souvent douloureuses, et dont les résultats ne sont pas toujours satisfaisants, les injections épidurales très prônées en France, mais au sujet desquelles on n'a encore aucune statistique.

EN RESUME

Le traitement du prurit anal doit être avant tout médical. Une bonne hygiène générale et locale, la guérison des causes locales doivent avoir raison d'un prurit au début. Mais les pruritiques sont comme tous les malades : ils ne consultent pour le symptôme prurit qu'après en avoir été longtemps incommodé. Il n'y a pas un traitement pour tous les prurits. Il faut commencer par le traitement médicamenteux, puis continuer par la physiothérapie et la bactériothérapie. Enfin, en dernier recours, faire appel à la chirurgie. Malheureusement la plupart de ces traitements sont longs, et, partant, dispendieux, les malades perdent rapidement confiance et changent de médecin et de médication. C'est là la raison de la multiplicité des traitements dus à l'imagination aux abois des médecins. Les formules changent, le mal reste.

OBSERVATIONS

N° 1 : *Due à l'obligeance de M. le D^r FRIEDEL.*

Homme de 40 ans ayant de vieilles hémorroïdes saignantes non procidentes. Le D^r Friedel lui volatilise ses hémorroïdes avec la haute fréquence et sous anesthésie locale en mars 1925. Le malade est revu après huit jours, tous ses symptômes hémorroïdaires ont disparu : plus de douleurs, plus de pertes de sang. Mais, à partir de ce moment, surviennent de légères démangeaisons à l'anūs, qui s'exacerbent rapidement au point de devenir intolérables; le malade se gratte avec violence et se fait des excoriations dans toute la région péri-anale et interfessière.

A l'inspection, on constate la présence d'un halo de pigmentation péri-anale avec ici et là de nombreuses petites excoriations. La peau est moite; le canal anal et l'ampoule sont saines, mais suintent beaucoup. On prescrit au malade des suppositoires au dermatol et, avec les soins de propreté rigoureux, on lui conseille de se poudrer avec des poudres absorbantes. En outre, on cautérise légèrement la région avec de l'acide chromique au 1/10°. L'état de santé du malade s'améliore rapidement et après quinze jours toute démangeaison a disparu.

Cette observation est le type du prurit réflexe mécanique. On a irrité la région, qui a répondu par une réaction ner-

veuse sensitive. Il a suffi de topiques locaux pour amender la situation et soulager le malade.

N° 2 : *Obs. personnelle prise à la consultation*
du Dr FRIEDEL.

X..., chauffeur de taxi, 45 ans, vient consulter pour des troubles gastriques légers et surtout pour des démangeaisons anales très pénibles. Elles apparaissent irrégulièrement, durent quelques jours et disparaissent sans raison. Un interrogatoire plus pressant fait ressortir la coïncidence de l'apparition du prurit avec des excès alimentaires ou du surmenage. En regardant le malade, on remarque son aspect pléthorique. Il est gros, sa figure est haute en couleur, le pourtour de ses yeux, de la base de ses narines et de sa bouche est rouge, et ces régions le démangent. Quand on examine la région anale, l'aspect est exactement identique. Halo de rougeur péri-anale avec moiteur sans suintement. On pratique néanmoins l'examen routinier du rectum et de l'anse sigmoïde sans y rien trouver d'anormal. On fait l'examen général du malade : rien dans les urines, le second bruit du cœur est un peu clangoreux, la tension est de 20-15 au Vaquez; il y a donc une hypertension manifeste. Localement, après cautérisation à l'acide chromique à 1/10^e, on conseille le poudrage. L'effort porte surtout sur l'état général; on met le malade à un régime strict, on suractive l'action de ses émonctoires et, après un mois, tout prurit a disparu.

Ces deux prurits sont bénins et leur guérison a été rapidement obtenue parce qu'on les a vus au début de leur évolution et qu'on a trouvé immédiatement leur cause. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

N° 3 : *Obs. de M. D. H. MURRAY.*

Cas LXXIII.

M^{me} B..., 51 ans. Souffre du prurit anal depuis 25 ans.

Depuis neuf mois, sa situation est devenue intolérable. Son médecin la traite pendant trois mois avec des vaccins sans résultat. L'examen ne décèle pas de lésion rectale. Il n'y a aucune diathèse. C'est un prurit essentiel. On l'examine et l'on fait des cultures locales où l'on trouve du strept. *Fecalis*, du *B. Coli* et du staphylo. On fait un auto-vaccin. Dès la troisième injection, la malade est très soulagée. Après la dixième, elle n'a plus aucune démangeaison.

N° 4 : Cas LXXI.

M. W..., 45 ans. N'a jamais eu aucun antécédent rectal. En novembre, un prurit anal se déclare après l'apparition d'un furoncle cervical. Traité d'abord électriquement, soumis à un régime sévère, il conserve néanmoins son prurit. Le sphincter est très serré. La peau est légèrement macérée. On trouve localement du *Streptococcus Fecalis*. On le traite à l'auto-vaccin avec un excellent résultat. En mai, deux mois après la fin du traitement, le prurit n'a pas réapparu.

Ce sont deux observations typiques parmi les trois cents de cet auteur. On les trouvera dans les numéros du *Proctologiste* mentionnés à la Bibliographie.

N° 5 : Personnelle.

M. M..., photographe, 35 ans. A du prurit anal depuis six mois. Il a de petites hémorroïdes qui sont traitées par la coagulation. Le prurit continue après leur guérison. Aucun antécédent pathologique, aucune diathèse. Une culture faite après frottement de la région montre la présence de colibacille et de staphylocoque. On fait un auto-vaccin. A la sixième piqûre, le malade est soulagé; à la dixième, il n'a plus aucune démangeaison.

N° 6 : *Personnelle.*

M. X..., médecin, 50 ans. A du prurit anal depuis un an. On ne trouve aucune cause générale ou locale. Tous les traitements et régimes ont été inefficaces. Nous essayons du stock-vaccin Colibacille. A la troisième piqûre, soulagement; à la septième, guérison.

CONCLUSIONS

I. — Le prurit anal est une affection surtout fréquente chez les races anglo-saxonnes. On l'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle semble survenir plutôt chez des sujets dont une mauvaise hygiène alimentaire a altéré le bon fonctionnement des voies digestives.

II. — Les causes du prurit anal sont multiples : tantôt d'ordre général il survient chez un diabétique, chez un tabétique ou chez un hypertendu ; presque toujours on trouve une cause d'irritation locale, suffisante en elle-même à provoquer un prurit : parasites, hémorroïdes, ulcères, cryptes infectées, polypes, fissures, fistules, concrétions fécales, rectites, tumeurs bénignes ou malignes. Parfois cependant les examens les plus complets n'arrivent pas à trouver la cause du prurit qui est dit essentiel, et dont la thérapeutique doit se borner à être symptomatique.

III. — La pathogénie du prurit anal reste très obscure. La théorie toxique garde en France d'illustres défenseurs. Aux Etats-Unis, la théorie infectieuse semble avoir la priorité : les longues et consciencieuses recherches de D. H. Murray avaient convaincu la majorité des proctologistes de la spécificité d'un agent microbien, le streptococcus fecalis. Les travaux de Montague, de New-York, ont prouvé que ce microbe n'était pas l'agent spécifique, que l'infection n'était primitive que dans 2 à 3 % des cas, qu'elle était le plus souvent secondaire à une irritation locale, et que les microbes présents étaient par ordre de fréquence : le staphylocoque blanc et le colibacille. La théorie réflexe et la théorie mécanique sont prônées en Grande-Bretagne avec, semble-t-il, d'excellentes raisons. Enfin, la théorie sympathique a été récemment défendue par M. J. Golay, Privat Docent de dermatologie à la Faculté de Genève. Pour cet auteur, c'est un trouble fonctionnel du sympathique qui détermine le prurit dont les manifestations cutanées ne sont que la conséquence.

IV. — Le traitement du prurit anal doit au début être médical : bonne diététique, rigoureuse hygiène locale et application de poudres absorbantes. La physiothérapie, surtout la radiothérapie et la haute fréquence, comptent de nombreux succès. L'infection secondaire sera heureusement influencée par l'usage de stock-vaccins au staphylocoque blanc et au coli-

bacille selon Montague, par un auto-vaccin au streptococcus fecalis selon Murray.

Tout prurit non influencé par le traitement médical, et durant depuis plus d'un an, doit être traité chirurgicalement par l'opération du Professeur Sir Ch. Ball, avec ou sans la modification de Krouse.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN (C. W.). — Operative cure of Pruritus Ani and vulvae. (*New-Orleans Medical and Surgical Journal*, oct. 1920, p. 127.)
- ANDREWS. — *Rectal and Anal Surgery*, 2^e éd.
- BACK (I.). — New operation for relief of Pruritus Ani. (*The Practitioner*, London, sept. 25 1915, N^o 3.)
- BALL (Sir Charles). — Clinical remarks on the treatment of inveterate Pruritus Ani. (*The British Medical Journal*, jan. 21 1905, p. 113.)
- BEACH (William M.). — Treatment of Pruritus Ani with a consideration of its pathology and étiology. (*The Proctologist*, St-Louis, sept. 1909, vol. III, N^o 3.)
- BENSAUDE. — Pathologie du rectum et du colon terminal. (*Nouveau Traité de Médecine*, 1924, Fasc. XIV.)
- BITOT. — Du prurit tabétique. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. II, 1911, p. 356.)
- BROCO. — *Précis Atlas de pratique dermatologique*, éd. 1921, art. Prurits et Dermatoses prurigineuses.
- BUIE (Louis A.). — Treatment of Anal pruritus by Ionization. (*Transactions of the American Proctologic Society*, 25th session, 1925.)
- BUNCH. — Itching diseases of the skin and their treatment. (*The Lancet*, London, 7 may 1910.)

- CAMPBELL-HORSFALL. — Treat. of Pruritus vulvae and Ani. (*Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1912.)
- CASTELLANI. — Notes on Pruritus Ani of Mycotic origin. (*Journ. of Tropical Med. et Hyg.*, XXVII, 1924, N° 23, 15 nov., p. 304.)
- CHASTENET DE GÉRY. — Le traitement chirurgical du prurit invétéré de l'anus. (*Gazette des Hôpitaux*, 21 juillet 1914, p. 1349.)
- CLEMONS. — True Pruritus Ani, its association with pyorrhea alveolaris. (*Med. Record*, 1^{er} juin 1918, p. 945.)
- CRIPPS. — *Diseases of Rectum and Anus*, London, p. 6, 1884.
- CROPPER. — Treatment of Pruritus Ani. (*British Med. Journ.*, 2 mai 1914.)
- CUNNINGHAM (W. T.). — Pruritus Ani Pertinax. (*Med. Record*, 15 nov. 1913.)
- DARBOIS. — Les prurits circonscrits rebelles, leur traitement par la Radiothérapie. (*Journ. de Méd. de Paris*, 23 mai 1914, p. 408.)
- DRUECK (C. J.). — Itching Piles. (*The Proctologist*, June 1909, vol. III, N° 2.)
- Pruritus Ani. (*Intern. Journ. of Surgery*, 1904, XXIX, p. 179.)
- DURAND (Gaston). — Prurit anal. (*Année Médicale Pratique*, 1923.)
- DUVAL (Prof. Pierre). — Pathologie du gros intestin. (*Précis de Pathologie Chirurgicale*.)
- EARLE (Samuel T.). — A report of cases of Pruritus Ani treated with Carnotite. (*The Proctologist*, dec. 1914.)
- A report of Proctologic literature from March 1913 to March 1914. (*The Proctologist*, sept. 1914.)
- EDENHUIZEN (H.). — Zur Aetiologie und therapie des Pruritus vulvae und ani. (*Münch. Mediz. Wochenschrift*, Munich, Apr. 18, LXIII, N° 16, 1916.)
- ENGLANDER (S.). — Pruritus Ani. (*Ottio state Med. Journ.*, Columbus, may 1913 et 1914.)

- EYRAUD-DECHAUX. — Prurit vulvaire. (*Revue de Gynécologie et de Chir. Abd.*, Paris, 1914.)
- FERNET. — Les prurits et leur traitement. (*Consult. Med. Française*, fasc. 58, 1913.)
- FRANKENBURGER (J. M.). — Pruritus Ani. (*Reprint. in the Proctologist*, 1913.)
- FILES (Ch. O.). — Pruritus Ani. (*New Y. Med. Journ.*, vol. LXXXVII, p. 1.154, 1909.)
- FRANKENTHAL. — Le trait. chirurg. du prurit anale rebelle et des formes graves d'eczéma chronique. (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXX, N° 5, 31 janv. 1925.)
- FRICK (J. M.). — Vaccine Treat of Pruritus Ani. (*Ohio State Med. J. Columbus*, oct, 1, 1919, N° 10, p. 636.)
- GANT (S. G.). — *Constipation and Intestinal Obstruction*, 1909.
- *Modernized Proctology*. (*New Y. Med. J.*, jan. 16, 1915.)
- GAUCHER. — Les prurits essentiels. (*Journ. des Prat.*, 1909, p. 451.)
- GOLAY (J.). — Sur le rôle du syst. sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. (*Annales de Derm. et Syph.*, 1922.)
- GRAY. — *Anatomy*.
- GROUND (W. E.). — Treatment of intractable Pruritus Ani by local anesthetics. (*Journ. Lancet*, Minneapolis, apr. 15, 1916.)
- HAMBURGER (O.). — Le calomel dans le traitement du prurit anal. (*Ugeskrift for Læger*, Copenhagen, Aug. 8, 1918, N° 32, p. 1.316.)
- HANES (G. S.). — Anal pruritus treated by operation: report of case. (*Med. Journ. Bowling green*, June 15, 1913.)
- Inveterate pruritus ani. (*The urologic and cutaneous Review*, feb. 1915.)
- CHITTENDEN HILL (T.). — Pruritus Ani. (*The Proctologist*, sept. 1909.)
- Deductions based on an analysis of 3,000 rectal cases. (*The Proctologist*, sept. 1913. — Discussion by Joseph

M. Mathews of Louisville, William M. Beach of Pittsburgh, Alfred J. Zobel of San Francisco, James A. Mac Millan of Detroit, J. Rawson Pennington of Chicago, D. H. Murray of Syracuse.)

HIRSCHMANN (Prof. Louis J.). — Hand book of diseases of the rectum.

HOLLAND (W.). — Sakarlinjektioner ved pruritus i genito-analregionen. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania, déc. 1916, p. 1578.)

HUMPHREYS (G. A.). — Observations in Pruritus Ani. (*Amer. Journ. of Surgery*, N. Y., Aug. 1909.)

JACKSON. — Case of multiple tumors associated with itching. (*New Y. surj. Journ.*, 27 oct. 1908.)

JAMESON (A. B.). — Pruritus Ani, Scroti and vulvae. (*N. Y. Med. Journ.*, 1915.)

— Non surgical treatment of Anal ulcer and fissure. (*Med. Timeo*, N. Y., Feb. 1917.)

JOHNSON (G. W.). — Subnitrate of Bismuth in Pruritus Ani. (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, Jan. 6, 1912.)

JOYEUX (Ch.). — Art. vers intestinaux. (*Nouv. Traité de Médecine*, fasc. XIV.)

JOST (W. E.) and GRANDWOHL (R. B. H.). — Primary Syphilis of the rectum; Report of cases. (*New York Med. J.*, Nov. 4, 1916.)

KELSEY. — *Diseases of Rectum and Anno*, 4th Ed.

KNOWLES (F. C.) and CORSON (E. F.). — Treatment of Pruritus Ani with bacterial injections. (*Arch. of Derm. and Syphilology Chicago*, Apr. 1923.)

KROUSE (Louis J.). — Ball's operation in the treatment of Pruritus Ani with which necrosis of the flap occurred. (*The Proctologist*, sept. 1909.)

LAIGNEL-LAVASTINE. — Prurit. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1923.)

LABORDERIE. — *L'Electricité méd. en clientèle*, 1918.

LE FÈVRE. — Pruritus Ani; special reference to its treatment with the Röntgen Rays. (*Offio State Med. J.*, May 1910.)

- LEIGHTON. — A note on the value of Ball's operation for pruritus ani. (*British Med. Journ.*, 19 Feb. 1910.)
- LIPSCOMB. — Treatment of Pruritus Ani. (*The Jour. of the Amer. Med. Ass.*, 1915.)
- LITTAUER. — Traitement du prurit anal et vulvaire. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, Leipzig, Jan. 6, 1923.)
- LYNCH (J. M.). — Pruritus Ani. (*New York Med. Record*, June 13, 1914.)
- MANTLE (A.). — Successful treatment by Colon lavations of some cases of eczema, psoriasis, urticaria, acné and pruritus. (*The Lancet*, Lond., July 30, 1910.)
- MARTIN (Thos. Chas.). — Operation for anal pruritus. (*The Proctologist*, Sept. 1909.)
- MASON (R. D.). — Pruritus Ani. (*New York Med. Journ.*, June 13, 1908.)
- MATIGNON (J. J.). — Prurit anal dans les hémorroïdes latentes. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1914.)
- MILIAN. — Le traitement du prurit. (*Paris Médical*, 28 oct. 1911.)
- MONTAGUE (J. F.). — The etiology and pathogenesis of Pruritus Ani. (*New Y. Med. Journ.*, 117, N° 8, 1923.)
- Vaccine treatment in pruritus ani vulvae and scroti. (*Med. Jour. and Record*, June 18, 1923.)
- Vaccine treatment of Pruritus Ani. (*Transactions of the Amer. Proctologic Society*, 25 th session, 1925.)
- MOUTIER (F.). — Le prurit anal. (*Journ. Méd. Français*, 1922.)
- MUMMERY (P. Lockart). — Pruritus Ani. (*Clinical Journ.*, Lond., June 26, 1912.)
- Causes and treatment of severe Pruritus Ani. (*Brit. Med. Journ.*, Lond., Aug. 21, 1915.)
- *Diseases of the Rectum and Anus*, 1914.
- *Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment*, 1924.
- MURRAY (Dwight Henderson). — Pruritus Ani : the probable

cause and an outline of treatment. (*Jour. of the Am. Med. Ass.*, Déc. 9, 1911.)

— Further observations on Pruritus Ani and its probable etiologic factor, with discussion at the Proctologic Society by. (S. T. Earle of Baltimore, John L. Jelks of Memphis, Ralph W. Jackson of Fall River, S. G. Gant of New York City, S. H. Adler of New York City, Alois B. Graham of Indianapolis, Louis J. Hirschmann of Detroit, D. H. Murray of Syracuse. (*The Proctologist*, sept. 1912.)

— Further observations on Pruritus Ani; its probable etiologic factor; results of treatment. (*The Proctologist*, Dec. 1914.)

— Etiology and treatment of Pruritus Ani; summary of eight years of work on the subject. (*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 2 Nov. 1918.)

NORBURY (L. E. C.). — Pruritus Ani. (*The Practitioner*, Lond., Nov. 1914.)

— Pruritus Ani; its cause and treatment. (*Post Grad. course of Proctology St Mark's Hosp.*, Lond., May 1925.)

PAUTRIER. — La médication antiprurigineuse. (*Le Bulletin Médical*, 19 mai 1909.)

POIRIER-CHARPY. — *Anatomie.*

QUÉNU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum.*

QUÉNU et P. DUVAL. — L'ulcère simple du gros intestin. (*Revue de Chirurgie*, 1902.)

Rapports de la Société Américaine de Proctologie. — Discussion sur le prurit anal. (*Atlantic City*, 7 et 8 juill. 1909; *The Proctologist*, sept. 1909.)

RAVAUT et COTTENOT. — Prurit anal et Herpès récidivant de la fesse chez un pottique; « spina bifida » de la 1^{re} vert. sacrée. (*Soc. de Derm. et Syphiligraphie*, séance du 12 juillet 1923.)

RAVE. — Zur Behandlung des Pruritus Ani. (*Freie Vereinigung der Chirurgen*, Berlins, 11 Dec. 1911.)

- *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 23 mai 1912.)
- Zur Behandlung des Pruritus Ani mit Röntgenstrahlen.
(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 18 Av. 1912.)
- RAVITCH. — Pruritus from Medical and surgical stand point.
(*Kentucky Med. Journ.*, 15 juillet 1912.)
- SABATIÉ. — Traitement des prurits. (*Progrès Médical*, 9 et
16 nov. 1912.)
- SAPHIR (J. F.). — Rectal Clinics in London. (*New Y. Med.
Journ.*, 30 Jan. 1915.)
- SCHISLO (A.). — Heilung des yuckens mit autogener Vaccine.
(*Berliner Klinische Wochenschrift*, 3 Fev. 1913.)
- STONE (H. B.). — Treatment for Pruritus Ani. (*Bull. John
Hopkins Hosp.*, 1916, XXVII.)
- THIBERGE. — Prurit des vieillards. Prurit d'hiver. Prurit
anal et Prurit vulvaire. (*Journ. de Méd. et de Chirurg.
pratique*, 10 avril 1909.)
- La puntura lambore nei pruriti. (*VI^e Congrès intern.
de Derm. et Syph.*, Rome, 8-13 avril 1912 ; *G. I. M. V.*,
5 juin 1912.)
- La ponction lombaire dans les dermatoses prurigineuses.
(*Comptes rendus du X^e Congrès français de Méd.*, Genève,
1909, vol. II, p. 273.)
- THIBERGE et LEGRAIN. — *Thérapeutique des Maladies de la
peau*, 1922.
- TIERLINCK. — Le Prurit anal. (*La Belgique Médicale*, 1914.)
- TOMKINSON. — The etiology and treatment of Pruritus Ani.
(*77th annual meeting of the British Med. Assoc.*, Belfast,
juill. 1909 ; *Brit. Journ. Derm.*, nov. 1909.)
- TUTTLE (James P.). — *Diseases of Anus, Rectum and pelvic
colon*, 1902.
- WÆLSCH (L.). — Treatment of Pruritus Ani. (*Prag. Med.
Woch.*, 1914, N^o 27.)
- WALLIS (Sir F.). — Pruritus Ani. (*The Practitioner*, Lond.,
oct. 1910.)
- WAUGH. — Pruritus Ani. (*Amer. Journ. of Derm.*, nov. 1908.)

WINCKLER. — Studien über des zustandekommen der Juckem-
findung. (*Arch. für Derm. und Syph.*, t. 99, p. 273, 1909.)

WINFIELD. — The infective origin of anogenital pruritus.
(*Arch. Derm. et Syph.*, 21 nov. 1921.)

